

University of Groningen

"Krakende kaken"; psychiatrische beschouwingen over het syndroom van het pijnlijke, slecht functionerende kaakgewricht (Arthrosis deformans van het kaakgewricht of het syndroom van Costen)

Schuler, Jacques

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1966

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Schuler, J. (1966). "Krakende kaken"; psychiatrische beschouwingen over het syndroom van het pijnlijke, slecht functionerende kaakgewricht (Arthrosis deformans van het kaakgewricht of het syndroom van Costen). [, Rijksuniversiteit Groningen]. [S.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

„KRAKENDE KAKEN”

PSYCHIATRISCHE BESCHOUWINGEN

over

HET SYNDROOM VAN HET PIJNLIJKE, SLECHT
FUNCTIONERENDE KAAKGEWRICHT

(ARTHROSIS DEFORMANS VAN HET KAAKGEWRICHT OF
SYNDROOM VAN COSTEN)

J. SCHULER

„KRAKENDE KAKEN”

PSYCHIATRIC CONSIDERATIONS
about
THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN-
DYSFUNCTION SYNDROME
(OSTEO-ARTHRITIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT
OR COSTEN'S SYNDROME)

(With a summary in English)

(Avec résumé français)

(Mit Deutscher Zusammenfassung)

STELLINGEN

I.

Dat zonder recept verkrijgbare, salicylbevattende preparaten onder andere ook in relatief kleine hoeveelheden maagbloedingen kunnen veroorzaken, is nog steeds onvoldoende gemeengoed bij het grote publiek en staat sommige medici nog onvoldoende helder voor de geest.

II.

Barbituraten kunnen door hun bewustzijnsverlagende werking delirante toestandsbeelden te voorschijn roepen of doen verergeren.

III.

De wetgever dient zich - bij de overweging om wettelijke bevoegdheden te verlenen, tot het verrichten van geneeskundige handelingen, aan paranormale genezers - te laten leiden door het resultaat van objectief wetenschappelijk onderzoek.

IV.

Iedere algemeen zenuwarts dient te kunnen hypnotiseren.

V.

Het is de vraag of zwakbegaafdheid als zodanig, als uitsluitende psychiatrische ontstaansvoorwaarde moet worden beschouwd voor het uitbreken van desintegratie-toestanden bij zwakbegaafden.

VI.

Hoewel het - bij de huidige stand van ons psychiatrisch kunnen - mogelijk is ernstig geestelijk gestoorde maatschappelijk te handhaven, moet men zich afvragen, of, indien, voor een bepaalde patiënt het functioneren in de maatschappij een groot geestelijk lijden betekent en hij zich in de psychiatrische inrichting gelukkiger voelt, niet voor een dergelijke patiënt de voorkeur moet worden gegeven aan blijvende institutionalisatie.

VII.

De „klassieke” hysterische syndromen zijn tegenwoordig zeldzamer dan vroeger. Hun voorkomen moet echter aanleiding zijn tot extra onderzoek naar organische factoren.

VIII.

Ondanks grote vorderingen op het gebied van de medicamenteuze behandeling van psychosen blijft electro-shock op scherpe indicatie nog steeds een van de meest effectieve behandelingsmethoden.

IX.

Een doorgemaakte puerperaalpsychose vereist bijzondere voorzorg, maar behoeft geen contra-indicatie te zijn voor een nieuwe zwangerschap.

X.

Bij cathartische behandelingen verdient de combinatie van amytal en methedrine de voorkeur boven pentothal.

XI.

Er bestaat een grote behoefte aan meer prognostische zekerheid ten aanzien van de behandelingsresultaten van langdurige intensieve psychotherapie.

XII.

Indien de full-time wetenschappelijk ambtenaar in zijn vrije tijd nevenfuncties moet uitoefenen, kan dit zijn wetenschappelijke arbeid schaden.

XIII.

Terwijl de sociale wetgeving in het leven geroepen is om de mens in nood te helpen, zijn sociale beroepskwesties van elkaar bekampende overheidsorganen vaak aanleiding tot psychohygiënische schade voor individu en gemeenschap.

XIV.

De in Israël geboren Jood heeft er moeite mee zich in te voelen in de problematiek van de Jood in de verstrooiing.

XV.

Indien slechts datgene als kunstwerk moet worden beschouwd, wat bij herhaling ook in een verder verwijderde toekomst in staat is een positieve esthetische belevenis op te roepen, dan zullen vele producten van pop-, postpop- en topart niet beantwoorden aan dit criterium.

XVI.

Men dient zich af te vragen, of het wel passend is - in een redactioneel artikel in Medisch Contact van 18 maart 1966 - een kritisch oordeel uit te spreken, over het verlenen van subsidies aan de consultatiebureaux voor geslachtskunde „van de” N.V.S.H., terwijl in een recent verleden niet weinig Nederlandse medici om welke reden dan ook het werk van de N.V.S.H. negeerden en van deze medici een aantal bovendien maar al te graag zag, dat hun patienten met hun stilzwijgend goedvinden op deze consultatiebureaux werden geholpen.

J. SCHULER

21 december 1966

RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

„KRAKENDE KAKEN”

PSYCHIATRISCHE BESCHOUWINGEN

over

HET SYNDROOM VAN HET PIJNLIJKE, SLECHT
FUNCTIONERENDE KAAKGEWRICHT

(ARTHROSIS DEFORMANS VAN HET KAAKGEWRICHT OF
SYNDROOM VAN COSTEN)

P R O E F S C H R I F T

ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit te Groningen
op gezag van de Rector Magnificus mr. E. H. s' Jacob,
hoogleraar in de Faculteit der Rechtsgeleerdheid,
in het openbaar te verdedigen op woensdag 21 december 1966
des namiddags te 3 uur precies
door

JACQUES SCHULER

geboren te Charlottenburg

1966

DRUKKERIJ VAN DENDEREN
GRONINGEN

Promotor: Prof. Dr. W. K. VAN DIJK

Oan Jehannes en Baukje, Durk en Anne, Aris
en Sytske en jimme allegearre fan 'e L.O.K.P.
1940-1945 yn Ferwerteradiel, Wymbritsera-
diel en de stêd Drylts.

Jimme hawwe jimme plicht dien, grimmitich
mar sûnder forbittering, hwant jimme woene
dêr de Heare mei tsjinje.

Dit proefschrift werd bewerkt in de Psychiatrische- en Mondheelkundige Universiteitskliniek van het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen.

WOORD VOORAF

De hoogleraren en oud-hoogleraren van de medische faculteit te Groningen ben ik dankbaar voor de genoten opleiding. Het stemt mij tot bijzondere voldoening, dat Gij, Hooggeleerde EERLAND getuige zijt van de voltooiing van dit werkstuk.

De collegae te Leeuwarden hebben mij als aankomend huisarts op een zeer prettige wijze opgenomen in hun kring.

Dat ik, bij het leiden van het consultatiebureau voor geslachtskunde te Leeuwarden, steeds een beroep mocht doen op de leden van de Medische Raad van de N.V.S.H., beschouw ik als een zeer gelukkige omstandigheid. Van die tijd dateert het contact met U, zeer geleerde MUSAPH. Uw voorbeeld heeft mij mede ertoe gebracht het specialisme zenuwarts te kiezen. Naast U denk ik aan zovele andere voortreffelijken, die ik in het N.V.S.H.-werk mocht ontmoeten.

Door dit werk kwam ik ook in contact met de overleden hoogleraar KRAUS, die mij op zeer genereuze wijze toestond gebruik te maken van alle mogelijkheden, die de Groningse Psychiatrische Kliniek bood. Sindsdien was ik een regelmatig bezoeker van het psychoanalytisch seminaar van Dr. P. C. KUIPER.

Hier ontmoette ik U voor het eerst Hooggeleerde VAN DIJK, waarde promotor. Uw kritisch inzicht leerde ik pas veel later kennen en waarderen. Het was mij tot grote steun bij de bewerking van dit proefschrift. Ik vind het boeiendste van onze relatie, dat wij zo weinig woorden nodig hebben om elkaar te begrijpen. De sfeer van openheid waarmee alle medewerkers elkander tegemoet treden, zegt alles over de wijze, waarop Gij U involveert in de dagelijkse gang van zaken.

Hooggeleerde KUIPER, Uw heldere uiteenzettingen over de grondslagen van de psycho-analyse vormen voor mij een hecht fundament, waarop het goed bouwen is.

Zeergeleerde POSTHUMUS MEYJES, twee jaar van intensieve samen-

werking met U waren van groot belang voor mijn wetenschappelijke vorming. De bijzondere sfeer van fijnzinnige menselijkheid, die U om U heen wist te scheppen, heeft altijd diepe indruk op mij gemaakt. U stond mij toe, om bij wijlen Dr. S. KOSTER de techniek van de hypnose te gaan leren. Ik leerde veel van collega KOSTER en herdenk hem met dankbaarheid en respect.

Zeergeleerde KLEIN, VAN DER ZWAAG, HARTOG, v. VALKENBURG, BIERMAN en inmiddels Hooggeleerde SIKKEN, naast POSTHUMUS MEYJES hebt gij allen - daar in het St. Elisabethsgasthuis in Haarlem, onder de bezielende leiding van U, geleerde HEERES - krachtig medegewerkt aan mijn verdere medische vorming.

Bij U, Hooggeleerde BAAN voltooide ik mijn opleiding. Ieder redelijk initiatief werd door U gestimuleerd. Mijn interesse voor de forensische psychiatrie werd door U gewekt. U bood mij de gelegenheid mij verder te ontwikkelen op het gebied van de suggestieve therapieën.

Bij U, Hooggeleerde DROOGLEEVER FORTUYN had ik het voorrecht mijn neurologische stage voort te zetten. Ik weet niet wat ik meer moet bewonderen; Uw wetenschappelijke eruditie of Uw sprankelende geest.

Dr. H. K. G. BARTSTRA zal om zijn bijzondere menselijke kwaliteiten altijd in mijn gedachten blijven voortleven. Ondanks twee jaar degelijke neurologische opleiding, mocht ik nog veel van hem leren op het gebied van de praktische neurologie.

Met U, geleerde SMILDE, eertijds chef de clinique van de afdeling neurologie, weet ik mij door een bijzonder vriendschappelijke verhouding verbonden. De grondslag hiervoor werd blijkbaar reeds door een vorige generatie gelegd.

De kinderpsychiatrische stage, Hooggeleerde HART DE RUYTER, is voor hen die het voorrecht hebben, deze bij U door te brengen maar al te kort. Voor de critische lezing van mijn proefschrift ben ik U zéér dankbaar.

Met U, Hooggeleerde LENSHOEK, had ik leerzame contacten via een aantal consulten. Uw belangstelling voor het gebied der suggestieve therapieën was een stimulans voor mij. Ik had altijd prettige relaties met Uw stafleden.

Hooggeleerde HERINGA, het is bepaald geen cliché, wanneer ik U dank voor de geestelijke verkwikking die Uw hartverwarmend idealisme mij bood.

Met grote weemoed denk ik terug aan de vroeg gestorven Dr. B. STOKVIS. Hij maakte mij opmerkzaam op de „Lindauer Kreis”. Vanuit de contacten met hem kwam ik in relatie met de „Tübinger Klinik”, toen nog gedeeltelijk geleid door Prof. Dr. E. Kretschmer.

In Tübingen habe ich mit Ihnen, Herr Prof. Dr. D. LANGEN, drei Monate zusammengearbeitet. Meine Kenntnisse von der Technik der Hypnose wurden sehr vertieft. Durch Sie wurde ich bekannt mit der Arbeit von J. H. SCHULTZ, GUSTAV HEYER, WIESENHÜTTER, LA-FORGUE, SCHINDLER, MARIANNE FUCHS, STOLZE und so vielen anderen.

Sie, Herr Dr. HANSCARL LEUNER, will ich danken, dass Sie mich auf Ihrer Station in Göttingen eingeführt haben in die LSD-Therapie und das Bildverfahren.

Au prof. dr. CHR. MÜLLER, je suis très reconnaissant pour mon séjour à l'hôpital de Céry à Lausanne-Prilly.

Gij, Hooggeleerde HUT, hebt mij, de korte tijd na de aanvang van mijn onderzoek dat Gij nog in Groningen waart, op prettige wijze gestimuleerd.

Zergeleerde BOERING, Gij waart mij, na het vertrek van Prof. HUT, bij mijn onderzoekingen op Uw mondheerkundige afdeling altijd tot grote steun. Dat speciaal Gij bereid zijt als co-referent op te treden bij mijn promotie, heeft mij bijzonder verheugd. Uw stimulerende belangstelling tijdens de voltooiing van mijn proefschrift was voor mij van grote betekenis. Uw interesse weerspiegelde zich in de houding van Uw gehele staf. Ik zeg uitdrukkelijk Uw gehele staf, waarmede ik allen bedoel werkzaam op de Mondheerkundige Kliniek. Zonder de initiatieven van de dames van Uw administratie en Uw secretariaat zou mijn onderzoek zeker moeizamer zijn verlopen.

Hooggeleerde BASTIAANS, U wil ik danken voor het ter beschikking stellen van het anamnese-formulier van het psycho-analytisch instituut. Uw wetenschappelijke arbeid heeft mijn pad geëffend.

Ik wil allen danken die deel hebben en hadden aan mijn psycho-analytische opleiding. Hier moet ik vooral U noemen, geleerde GOUDSMIT. Ons verbindt veel, dat moeilijk onder woorden te brengen is.

Zergeleerde BLIJHAM, wij wisselden vaak van gedachten over het samenspel van psyche en soma.

Zergeleerde BOEKE, geleerde DEELMAN en mej. SCHUT, jullie methodologische adviezen waren bij het uitvoeren van mijn onderzoek

van groot belang. Ook het technisch-statistische werk van mej. SCHUT was onmisbaar.

Zeergeleerde LEERTOUWER, voor de prettige wijze, waarop Gij bereid waart enkele cultureel-antropologische passages van Uw critische opmerkingen te voorzien, zeg ik U hartelijk dank.

Dat schoonvader HEIDINGA mij daadwerkelijke technische hulp verleende bij het tot stand komen van dit proefschrift, heeft mijn bijzondere waardering. Uw continue belangstelling, lieve schoonvader, heeft steeds weer nieuwe energie bij mij vrijgemaakt.

Zeergeleerde PRECHTL, zeergeleerde VON BERNUTH en zeergeleerde LENARD; geleerde BERGINK; geleerde LE COULTRE en mevrouw LE COULTRE, zonder dralen waart Gij allen mij van dienst bij het verzorgen van de samenvattingen in de „drie moderne” talen.

De dames HOVING en VENEMA hebben mij met hun typewerk goed geholpen. Mej. VAN DIJK stond mij trouw terzijde bij het opzoeken van de benodigde literatuur.

De gehele staf van de Psychiatrische Kliniek te Groningen zou ik willen danken voor hun collegialiteit en opofferingsgezindheid. Door dat Gij allen mij vaak werk uit handen genomen hebt, was het mogelijk, dat dit proefschrift tot stand kwam. In mijn dank zijn vele ongenoemden begrepen. Mijn directe dank gaat uit naar U: geleerde VERSCHOOR, geleerde DE RUITER, geleerde WOUTERS, zeergeleerde VAN PRAAG, geleerde JONGSMA, geleerde HAGE, geleerde RÜMKE, geleerde BLOKZIJL, zeergeleerde MINDERHOUD, geleerde VRIEZEN-DE JAGER, geleerde VAN ECK, geleerde BOONSTRA.

Geleerde VAN BELKUM, dat aan de Dr. S. van Mesdaginrichting waar ik dagelijks een aantal uren werkzaam ben - onder Uw sthenische leiding - wezenlijke resultaten worden bereikt, vervult mij met bewondering. U en Uw staf zou ik willen danken voor de prettige samenwerking. Deze samenwerking wekt goede verwachtingen voor mijn toekomstige werkkring.

Mijn moeder ben ik dankbaar, dat zij mij altijd met haar nimmer aflatende zorg heeft omringd. Mijn vroeg overleden vader heeft grote invloed op mijn algemene vorming gehad. Vader en moeder hebben mij opgevoed met zin voor traditie, geestelijke en culturele waarden, maar gelijktijdig met een open oog voor avant-garde op ieder terrein. Zo was het mogelijk zich ingebed te weten in familie en traditie, maar toch de eigen plaats en geestelijke positie in vrijheid te bepalen. Een

vrijheid, die mijn familie steeds heeft gerespecteerd. Ook dit stemt tot voldoening. Schrijnend blijft, dat helaas velen uit onze onmiddellijke omgeving slachtoffer werden van de terreur van de jaren 1940-1945.

Vrouw en kinderen hebben de opgelegde affectieve ontberingen manmoedig gedragen. Ik ben mij bewust hier misschien wel een te hoge wissel getrokken te hebben.

Nog een enkel woord over hen aan wien dit proefschrift werd opgedragen. Het zijn de mensen van LO-KP Friesland 1940-1945, in het bijzonder van Ferwerderadeel, Wijmbritscradeel en IJlst. Het is uit dankbaarheid mijnerzijds opgedragen als een hommage aan hen, die op zeer directe wijze om mijnentwille meer geriskeerd hebben dan de ene mens van de andere mens mag vragen.

De motieven van de mensen van het verzet zijn velerlei geweest. Ik mocht er een aantal ontmoeten die op onopvallende wijze met verbeterheid maar zonder verbittering, hun plicht hebben gedaan en naar hun vaste overtuiging, om daarmee in alle ootmoed de Here hun God te dienen.

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1

Korte omschrijving van het ziektebeeld van „Het Pijnlijke, Slecht Functionerende Kaakgewricht” en bespreking van de vraagstelling van het onderzoek	1
1.1 Het verloop van het ziektebeeld	1
1.2 Wat bij onderzoek wordt gevonden	3
1.3 De differentiële diagnose	4
1.4 Door de mondchirurg waargenomen psychiatrische symptomatologie	6
1.5 Vraagstelling	6

HOOFDSTUK 2

De ontwikkeling van de visie op de etiologie van het Syndroom van Costen, bestudeerd aan de hand van literatuurgegevens, voorzover van belang voor de vraagstelling van het onderzoek	1
2.1 Publicaties van Costen	7
2.2 Kritiek op de visie van Costen	8
2.3 De onderzoeken van Schwartz en zijn medewerkers	9
2.4 Het “Myo-Fascial Pain Syndrome”	10
2.5 Emotionele spanning en spierspanning	11
2.6 Electromyografisch onderzoek van de kaakspieren en de klinische symptomen van spanningen in de spieren rond het kaakgewricht	12
2.7 Stoonissen in de functie van de kauwspieren	13
2.8 Bruxisme	14
2.9 Automatische mondbewegingen	17
2.10 Mogelijke ontstaansvoorwaarden voor het Syndroom van Costen	18
2.11 Critische terugblik	19

HOOFDSTUK 3

Psychiatrische literatuur over het Syndroom van Costen en over verwante ziektebeelden	21
3.1 Psychiatrische beschouwingen over het Syndroom van Costen door Ruth Moulton	21
3.2 Consequenties van de beschouwingen van Ruth Moulton voor de behandeling van lijdens aan het Syndroom van Costen en van hen, die mogelijk tot een dergelijke reactie neigen	24
3.3 Psychiatrische beschouwingen van andere schrijvers	26
3.4 De „hysterische aangezichtspijn” van Engel	27
3.5 Het Syndroom van Costen vergeleken met de „hysterische aangezichtspijn” van Engel	29
3.6 Op zoek naar andere psychiatrische mededelingen over het Syndroom van Costen	29
3.7 Onderzoeken met controlegroepen	30
3.8 Een kritische terugblik op de in dit hoofdstuk vermelde gegevens	30

HOOFDSTUK 4

Enkele beschouwingen over de psychologische betekenis van mond en kauwstelsel	32
4.1 De grote diversiteit in functie	32
4.2 Mond en kauwstelsel in het taalgebruik	32
4.3 Het hoofd en het gelaat in het taalgebruik	34
4.4 Mond en kauwstelsel in andere culturen	35
4.5 Enkele religieuze gegevens waarin mond en kauwstelsel een rol spelen	36
4.6 Waardering van mond en kauwstelsel in onze cultuur, toegelicht met enkele voorbeelden	37
4.7 Iets over mond en kauwstelsel in de relatie tot de ander	40
4.8 Er wordt een kies getrokken	41
4.9 Laesies aan de mond en hun perceptie	43

HOOFDSTUK 5

Enige algemene psychodynamische, psychogenetische en psychopathologische overwegingen	46
5.1 De psychoanalytische benaderingswijze van de menselijke persoonlijkheid	46
5.2 Enkele andere benaderingswijzen van de menselijke persoonlijkheid	49
5.3 Waarnemingen tijdens de orale fase en hun interpretatie vanuit de psychoanalytische theorie	53
5.4 De betekenis van ervaringen aan mond en mondholte in de allervroegste jeugd	56
5.5 Enige aspecten van de relatie tussen moeder en kind in het eerste levensjaar	58
5.6 Het orofaciaal complex	59
5.7 Een theoretische consequentie van het in hoofdzaak somatisch reageren van de zeer jonge zuigeling	60
5.8 Enkele klinische waarnemingen van Spitz en een vergelijking tussen de opvattingen van Piaget en van de psychoanalytici	61
5.9 Het tot stand komen van somatische symptomen in relatie tot psychische invloeden	63
5.10 Vormen van somatische afwijkingen met een grotere of kleinere psychische component	64

HOOFDSTUK 6

De psychopathologie en de psychodynamiek van de klachten van het Syndroom van Costen	68
6.1 De pijniklachten bij het Syndroom van Costen	68
6.2 Over de betekenis van nog enige andere symptomen, die bij het Syndroom van Costen kunnen voorkomen	71
6.3 Andere somatische klachten bij het Syndroom van Costen	72
6.4 Lijders aan het Syndroom van Costen en het bruxisme	73
6.5 Depressieve en paranoïde reacties bij lijders aan het Syndroom van Costen	74
6.6 Karaktertrekken bij lijders aan het Syndroom van Costen	76
6.7 Heeft de bewegingsbeperking van het kaakgewricht bij het Syndroom van Costen symbolisch-expressieve betekenis?	78
6.8 Een illustratieve ziektegeschiedenis van Ross	80
6.9 Korte nader uitgewerkte vraagstelling voor het klinisch onderzoek	82

HOOFDSTUK 7

Het eerste oriënterende onderzoek	83
7.1 Een oriënterend onderzoek met een enquêteringsmethode	83
7.2 Toegepaste statistische methoden	84
7.3 Enige tabellen met significante verschillen	85
7.4 Het algemeen somato-neurologisch onderzoek	87
7.5 De waarde van de verkregen gegevens	88

HOOFDSTUK 8

Nadere oriëntering betreffende de gegevens van de mondspecialist, het onderzoek met de biografische anamnese, psychologische- en electro-encefalografische onderzoeken bij lijders aan het Syndroom van Costen	89
8.1 Inleiding	89
8.2 Gegevens van de mondspecialist van 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen	91
8.3 Gegevens van de mondspecialist van 20 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen	93
8.4 Vrije associaties in het eerste contact	95

8.5 De somatische anamnese	96
8.6 Betekent het opnieuw opnemen van de somatische anamnese een nutteloze doublure?	98
8.7 Nadere familiegegevens van onze kaakgewrichtspatienten	99
8.8 Levensloop, school en werkanamnese	101
8.9 Sexualiteit en partnerkeuze	103
8.10 Het psychiatrisch onderzoek van de vrouwelijke patienten	104
8.11 Het psychiatrisch onderzoek van de mannelijke patienten	107
8.12 Het somato-neurologisch onderzoek	108
8.13 Enige opmerkingen over het psychologisch onderzoek van zes vrouwelijke en vier mannelijke kaakgewrichtspatienten	109
8.14 Het electro-encefalografisch onderzoek van tien kaakgewrichtspatienten	110
8.15 Geven de vermelde bevindingen een voldoende duidelijk beeld van de door ons onderzochte lijdens aan het Syndroom van Costen?	111

HOOFDSTUK 9

Een aantal individuele ziektegeschiedenissen	112
9.1 Een ongelukkige, door haar man in de steek gelaten, dochter van een bazige moeder	112
9.2 Een dwangmatige man ontworstelt zich aan de asocialiteit	114
9.3 Een zwakbegaafd, organisch cerebraal gestoord meisje, dat door het sensitieve aandeel in haar karakter extra zwaar tilt aan haar plichten	117
9.4 Een overvriendelijke, passieve jongen	120
9.5 Waartoe agressie- en schuldgevoelens bij een primitief zwakbegaafd meisje kunnen leiden	122
9.6 Klachten sinds het begin van het huwelijk	125
9.7 Recidiverende maagbloedingen	127
9.8 Puberteitsmoeilijkheden	131
9.9 Altijd een kleine jongen gebleven?	133
9.10 Autoriteitsconflicten in een autoritair milieu	136
9.11 Schuldgevoelens over echtelijke ontrouw	139
9.12 Verstrikt in de omgekeerde oedipale situatie	141
9.13 Een Duitse vrouw met het Syndroom van Costen	144

HOOFDSTUK 10

Poging tot statistische verificatie van opgestelde hypothesen	148
10.1 Een aantal hypothesen	148
10.2 Waarom het noodzakelijk is de opgestelde hypothesen te verifiëren	149
10.3 Methodiek van het onderzoek ter verificatie van de hypothesen	150
10.4 Toelichting op de door ons gebruikte vragenlijst	153
10.5 Enige opmerkingen over de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst)	155
10.6 Significante verschillen bij het onderzoek met de A.B.V.	157
10.7 Significante verschillen bij het onderzoek met de „eigen“ vragenlijsten	158
10.8 Welke hypothesen konden door ons onderzoek voor mannen en vrouwen bevestigd worden?	164
10.9 Vegelijking tussen het eerste oriënterend onderzoek en het controle onderzoek	164

HOOFDSTUK 11

Recent mondheelkundig onderzoek bij patienten met kaakgewrichtsklachten. Enkele beschouwende opmerkingen en conclusies over de resultaten van ons eigen onderzoek	166
11.1 Arthrosis deformans bij klachten van het kaakgewricht	166
11.2 Kaakgewrichtsklachten en bruxisme	168

11.3	Kaakgewrichtsklachten en andere somatische klachten . . .	168
11.4	Psychiatrische overwegingen van de mondchirurg bij het onderzoek van patienten met kaakgewrichtsklachten . . .	169
11.5	Bespreking van de onderzoekresultaten met de A.B.V. . . .	170
11.6	Vier soorten significante verschillen bij het onderzoek met de „eigen” vragenlijst, speciaal ontworpen voor lijdens aan kaakgewrichtsklachten . . .	171
11.7	Significante verschillen, die gelden voor mannelijke en voor vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen vergeleken met hun respectievelijke controlegroepen . . .	172
11.8	Significante verschillen, die alleen gelden voor vrouwelijke patienten vergeleken met de vrouwelijke controlepatienten . . .	172
11.9	Significante verschillen, die alleen gelden voor mannelijke patienten vergeleken met de mannelijke controlepatienten . . .	175
11.10	Significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patienten onderling, die tussen de mannen en vrouwen van de controlegroepen niet in dezelfde mate optraden . . .	176
11.11	Enige verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft hun natuur, hun verschijning en hun zijswijze . . .	179
11.12	Verschillen in de beleving van het lichamelijke bij mannen en vrouwen . . .	179
11.13	Verschillen in de persoonlijkheid tussen mannen en vrouwen . . .	181
11.14	Verskil in zijswijze tussen mannen en vrouwen. De stem als tegenwoordiggestelde lichamelijkeheid. Het bewegen. De wereld van mannen en vrouwen. De handdruk . . .	181
11.15	Nog niet besproken verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen, gezien tegen de achtergrond van de opvattingen van Buytendijk . . .	184
11.16	Wat niet gevonden werd bij ons eigen onderzoek . . .	185
11.17	Welk beeld krijgen wij van de lijdens aan het Syndroom van Costen op grond van de door ons verkregen gegevens? . . .	186
11.18	Hoe is de relatie tussen psychiatrisch-gestoord-zijn en het Syndroom van Costen . . .	188
11.19	Hebben de symptomen van mond en kauwstelsel symbolische betekenis? . . .	189
11.20	Is er verwantschap tussen het Syndroom van Costen en de musculoskeletale syndromen in de zin van Bastiaans? . . .	190
11.21	Beantwoording van de vraagstelling van ons onderzoek . . .	193
11.22	Desiderata voor verder onderzoek? . . .	194
11.23	Nabeschouwing . . .	195
	Samenvatting . . .	198
	Summary . . .	203
	Résumé . . .	207
	Zusammenfassung . . .	210
	Geraadpleegde literatuur . . .	213
Bijlage A	. . .	218
B	. . .	223
C	. . .	229
D1.	. . .	233
D2.	. . .	238
D3.	. . .	245
D4.	. . .	251

Hoofdstuk 1

KORTE OMSCHRIJVING VAN HET ZIEKTEBEELD VAN „HET PIJNLIJKE, SLECHT FUNCTIONERENDE KAAKGEWRICT” EN BESPREKING VAN DE VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

1.1 Verloop van het ziektebeeld

Enige jaren geleden vestigde Professor Hut, destijds hoogleraar in de mondheilkunde te Groningen, onze aandacht op het voorkomen van „Het Syndroom van het Pijnlijke, Slecht Functionerende Kaakgewricht”. De mondchirurg spreekt meestal van arthrosis deformans van het kaakgewricht. Door ons wordt dit symptomencomplex verder Syndroom van Costen genoemd naar één van de eersten (1934), die van dit ziektebeeld een duidelijke klinische beschrijving heeft gegeven.¹⁾

Volgens BOERING (1966) komt arthrosis deformans van het kaakgewricht frequent voor. De symptomen blijven meestal subklinisch.

De benaming Syndroom van Costen werd dus gereserveerd voor die patienten wier klachten van zodanige aard en intensiteit zijn, dat zij daarvoor geneeskundige behandeling zoeken.

De mondspecialist BOERING beschrijft het syndroom als volgt:

Meestal begint de afwijking, bij het kauwen van min of meer stevig voedsel, of bij het met kracht afbijten, zoals bij het eten van een appel, met het optreden van een knappend geluid in een van beide kaakgewrichten. Het knappen kan ook optreden bij wijd openen van de mond, zoals bij geeuwen. Dit knappen is in het begin veelal weinig storend. Het is meestal eenzijdig en niet pijnlijk. Spontaan verdwijnen van het knappen behoort tot de mogelijkheden, maar vaak begint het dan na enige tijd opnieuw. Het kan reeds op jeugdige leeftijd voorkomen. Bij de meeste patienten beginnen de klachten echter omstreeks het twintigste jaar. In veel gevallen wordt het

¹⁾ Voor Costen werd het Syndroom o.a. beschreven door Goodfriend (1933).

knappen langzamerhand erger. Het kan zelfs zo duidelijk hoorbaar worden, dat het storend wordt voor anderen.

Een volgende fase wordt gevormd door het optreden van instabiliteit van het kaakgewricht met af en toe blokkeringen, waarbij de patient het gewricht niet „over de knap” heen kan krijgen. Meestal gelukt dit toch weer na enig manipuleren met de kaak of na een periode van rust. De patient is soms bang, dat de kaak uit de kom zal schieten. Tot een echte luxatie met verende fixatie komt het zelden.

In dit stadium is het mogelijk, dat pijn een rol gaat spelen. In geval van blokkering veroorzaken de pogingen om de weerstand te overwinnen een „trekkende” pijn. Het knappen zelf is meestal niet pijnlijk.

Er kunnen perioden van meer of minder hevige spontane pijn optreden. De pijn is vaak dof en zeurend van karakter. De patienten geven meestal aan, dat het wat de intensiteit betreft wel te dragen is. De lange duur en het zeurende karakter maken de pijn echter op den duur irritant en er treedt ongerustheid op bij de patient.

Behalve deze doffe pijnen kunnen er neuralgiforme pijnscheuten optreden. Deze kunnen de patient uit de slaap houden of hem wekken. De kortdurende aanvallen van heftige pijn treden vaak spontaan op en worden dikwijls opgemerkt voor het slapen gaan. De pijn is meestal in de diepte voor het oor gelocaliseerd.

Vaak, maar lang niet altijd, is de pijn in het gewricht op te wekken door de onderkaak te bewegen. Spontane verergering van de pijn komt eveneens voor. Er kan uitstraling optreden naar het oor die de patient doet denken, dat hij een ooraandoening heeft. De pijn kan uitstralen naar de jukbeenstreek langs de oorsprong van de m. masseter, naar de temporaalstreek en naar de frontaalstreek. De beide laatste uitstralingen worden door de patient als hoofdpijn aangegeven.

De uitstralende pijnen zijn waarschijnlijk van myogene oorsprong. Ze zijn vaak gelocaliseerd in het massetergebied. De spier is bij bimanuele palpatie speciaal aan de voorrand gevoelig. De spier is soms iets verhard. De m. temporalis kan pijnlijk zijn langs haar gehele oorsprong, maar meestal betreft het ook hier het voorste deel met pijn gelocaliseerd lateraal boven de orbita. De m.m. pterygoidii doen zelden mee. Zij veroorzaken klachten, die op „keelpijn” lijken.

Kramptoestanden in de spieren kunnen spontaan optreden en de onderkaak naar voren trekken of een trismus veroorzaken.

Sommige patienten geven aan dat zij tijdens de maaltijden, vooral bij het kauwen van stevig voedsel even moeten rusten, of dat het bewerken van het voedsel in de mond abnormaal lang duurt door een vermoeid gevoel in de kauwspieren. Bij een aantal lijders is dit gevoel vooral 's morgens aanwezig bij het ontwaken. Er kan zelfs een moe gevoel in het gehele gezicht zijn. Dit laatste kan wijzen op slechte mondgewoonten. Deze bestaan meestal uit nachtelijk tandenknarsen of kiezenklemmen. Vaak is de patient zich deze gewoonten niet bewust. Soms bestaat er 's morgens een vastgeroest gevoel in de kaakgewrichtsstreek, een klacht zoals voorkomt bij arthrosis van een gewricht.

Het komt voor dat de bewegingsbeperking in de ochtend van langere duur is en een steeds groter deel van de dag gaat innemen. Het kan ook gebeuren dat de kaak op een zekere morgen op slot zit, dat wil zeggen dat de mond moeilijk opengaat. Deze bewegingsbeperking verdwijnt in sommige gevallen slechts gedeeltelijk; de patient houdt dan het gevoel, dat hij de mond niet maximaal kan openen. Het knappen is in deze periode van pijn en bewegingsbeperking meestal niet meer aanwezig.

Na verloop van jaren kan de bewegingsbeperking langzamerhand verdwijnen; soms is dan aan het gewricht een crepitatie te horen. Men hoort dan een krakend, schurend geluid bij bewegen „alsof er zand” in het gewricht zit. Meestal is dit een teken dat de reeds bestaande arthrosis deformans tot duidelijke röntgenologisch zichtbare deformatie heeft geleid. De pijn treedt nog slechts af en toe op of blijft geheel achterwege. Dit zou dan omstreeks het 40ste jaar kunnen optreden. Het komt zelden voor, dat er een blijvende contractuur ontstaat, waarbij de patienten de mond niet meer zover kunnen openen als vroeger.

1.2 *Wat bij onderzoek wordt gevonden*

Bij onderzoek van deze patienten zijn de objectieve symptomen meestal gering. Het kaakgewricht kan bij het bewegen van de onderkaak een knappend of krakend geluid geven. Dit is een enkele maal duidelijk te horen of te voelen. Soms toont het gewricht een neiging

tot instabiliteit en tot subluxatie. Er kan een objectief waarneembare bewegingsbeperking bestaan, waarbij het gewrichtskopje aan de getroffen kant minder ver naar voren komt dan aan de gezonde zijde. Het aangedane gewricht is vaak pijnlijk bij palpatie. Dit kan men vooral waarnemen, indien men druk naar voren uitoefent in de uitwendige gehoorgang en de patient dan de mond laat openen. Duidelijke ontstekingsverschijnselen ontbreken.

Bij het openen van de mond is de beweging onregelmatig slingerend of gaat gepaard met een deviatie van de kinpunt naar de zieke zijde. De occlusie van het gebit is vaak gestoord. (Er is een slechte interdigittatie, een onregelmatige stand of er ontbreken één of meer molaren of premolaren).

Röntgenologische afwijkingen zijn in het begin meestal gering en staan vaak niet in verhouding tot de klinische symptomen.

Het Syndroom van Costen wordt veel vaker bij vrouwen dan bij mannen gevonden.

Kort samengevat is het typische klinische beloop als volgt:

1. Instabiliteit met knappen, meestal eenzijdig.
2. Knapen met pijn en blokkeren.
3. Pijn met bewegingsbeperking.
4. Bewegingsbeperking zonder pijn.
5. Crepitatie met geringe of ontbrekende bewegingsbeperking.

De bovenstaande symptomen zijn lang niet altijd volledig aanwezig. Ook de volgorde van optreden kan wisselen. Sommige fasen kunnen ontbreken of worden nimmer bereikt.

De mondchirurg vermeldt bij de beschrijving van zijn patienten veelvuldig klachten van andere aard. Over hoofd, nek, rug en maag wordt frequent geklaagd. Ook komen wel klachten over andere gewrichten voor. Chronische bronchitis wordt nog al eens waargenomen. De vrouwelijke patienten hebben vrij frequent klachten op gynaecologische gebied.

Wat betreft de symptomatologie van het Syndroom van Costen citeerden wij tot zover BOERING.

1.3 *De differentiële diagnose*

In uitgesproken gevallen levert de diagnostiek weinig moeilijkheden op.

Bij de differentiële diagnose moet men alle afwijkingen overwegen, die functiestoornissen van het kaakgewricht kunnen geven of aangezichts- en hoofdpijnen kunnen veroorzaken.

Zorgvuldig onderzoek van het kaakgewricht maakt meestal wel duidelijk of er een functiestoornis behorend bij het Syndroom van Costen bestaat, of dat er een andere ziekte in het spel is. We noemen hier enkele mogelijkheden.

Neoplasмата van het kaakkopje komen voor. Het zijn meestal osteomen. Reumatische ziekten, afgezien van arthrosis deformans, vormen hoogst zelden de oorzaak. Deze geven ook andere duidelijke symptomen. Fracturen van het collum mandibulae kunnen aanleiding geven tot bewegingsbeperking.

Spierspasmen anders dan behorend bij het Syndroom van Costen kan men zich voorstellen bij neurologische afwijkingen. Men zal dan over het algemeen nog andere afwijkingen moeten vinden van neurologische aard.

Zoals reeds beschreven werd, kan een langdurig bestaand Syndroom van Costen in zeldzame gevallen aanleiding geven tot een contractuur van de kauwspieren. Een dergelijke contractuur kan echter ook optreden na het maken van een temporale lap bij een neurochirurgische ingreep. Ontstekingen in het gebied van neus-, keel- en mondholtē kunnen aanleiding geven tot het optreden van een trismus. Hier kan ook tetanus vermeld worden.

Ligt de differentiële diagnose wat betreft de functie van het kaakgewricht meestal gemakkelijk, bij aangezichts- en hoofdpijn levert deze veel meer moeilijkheden op.

Deze pijnen kunnen in de eerste plaats uitgaan van de gebits-elementen. Zorgvuldig onderzoek door de tandarts is hier op zijn plaats.

Verder zijn hier te noemen trigeminus-neuralgie en neuralgieën van andere zenuwtakken, aandoeningen van de speekselklieren, aandoeningen van de keel, van de neus, van de neusbijholten en de oren. Ook moet men in dit verband denken aan de verschillende soorten vasculaire hoofdpijn en aangezichtspijn, waaronder migraine en verwante toestanden, onder andere beschreven als „histamine hoofdpijn”, „cluster headaches” enz. enz. en allerlei aangezichtspijnen van duistere etiologie, samen gaande met vegetatieve verschijnselen, waarvan men vermoedt, dat ze van vasculaire aard zijn en waarbij

men ook reden heeft om aan te nemen, dat emotionele problemen bij de genese een rol spelen.

Differentiaaldiagnostisch komen verder in aanmerking: arteriitis temporalis en andere hoofdpijnen tengevolge van een neurologische afwijking. Hoofdpijnen kunnen eveneens optreden bij hypertensie of als gevolg van andere interne afwijkingen.

Een andere afwijking die bij het overwegen van de diagnose in aanmerking komt is de „primaire hysterische aangezichtspijn” (ENGEL 1951).

Dit ziektebeeld heeft zekere overeenkomsten met het Syndroom van Costen, waarop we nog nader terug zullen komen (zie ook: 3.4).

1.4 *Door de mondchirurg waargenomen psychiatrische symptomatologie*

BOERING heeft getracht zich over de psychische status van de lijders aan het Syndroom van Costen een beeld te vormen. De poliklinische ziektegeschiedenissen vermelden onder andere: nerveus, gespannen, psychisch labiele indruk, kleinzerig, reageert heftig op kleine ingrepen, levensmoeilijkheden, sociale moeilijkheden. Soms viel het hem op dat de betreffende patient een wat trage indruk maakte.

Een deel der patienten werd als „normaal” beschreven. Hieronder zijn er, die opvallen door hun bijzondere vlijt, hun nauwgezetheid en hun grote plichtsgevoel.

De mondspecialist meende dat de grote scala van klachten bij deze patienten niet in voldoende mate te verklaren was uit de gevonden afwijkingen van het kaakgewricht.

1.5 *Vraagstelling*

De mondchirurg vroeg zich af wat nu eigenlijk het oordeel van de psychiater zou zijn over de persoonlijkheid van deze patienten en welke rol deze persoonlijkheid zou spelen in het geheel van de klachten.

Met bovengenoemde vraagstelling is in eerste instantie de afgrenzing van ons onderzoek gegeven. Het is een psychiatrisch onderzoek. Andere disciplines werden er slechts, voorzover dit nodig was, in betrokken.

Hoofdstuk 2

DE ONTWIKKELING VAN DE VISIE OP DE ETIOLOGIE VAN HET SYNDROOM VAN COSTEN, BESTUDEERD AAN DE HAND VAN LITERATUURGEGEVENS, VOORZOVER VAN BELANG VOOR DE VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

2.1 Publicaties van Costen

In 1934 beschrijft Costen voor het eerst uitgebreid het naar hem genoemde complex van symptomen. Centraal staan bij hem symptomen van de kant van het oor en wat hij noemt „sinusklachten”. Hiermede bedoelt hij allerlei soorten hoofd- en aangezichtspijnen. Een en ander werd door hem toegeschreven aan een gestoorde functie van het kaakgewricht. De oorklachten zouden worden veroorzaakt door compressie van de tuba Eustachii. Door een te slappe gewrichtskapsel zou de kaak zich gemakkelijker in de richting van de tuba Eustachii kunnen verplaatsen. Door Costen werd aangenomen dat het caput mandibulae opgeduwd zou kunnen worden door een geperforeerde meniscus van het kaakgewricht. Er kan dan druk uitgeoefend worden op de uitwendige gehoorgang of meer mediaal gelegen structuren. Door erosie van de fossa mandibularis zou het opgeduwde kopje zelfs druk kunnen uitoefenen op de dura, hetgeen pijn kan veroorzaken. Deze onderzoeker meent ook dat het mogelijk is, dat de klachten mede veroorzaakt worden door druk op de nervus auriculotemporalis en op de chorda tympani.

In artikelen van 1935 tot 1944 voegt Costen aan het door hem beschreven syndroom steeds nieuwe symptomen toe. In 1935 zijn het herpes en tongpijn, in 1936 glossopharyngeus-neuralgie en in 1939 is het de trismus, die geacht worden tot het syndroom te behoren. De symptomen, welke Costen tot het naar hem genoemde syndroom rekent, wisselen nogal eens, waarbij nu weer eens het ene dan weer het andere symptoom op de voorgrond staat.

Verder merkt Costen op dat het syndroom vaak voorkomt bij tandeloozen. Bij een aantal van zijn patienten constateert hij dat de onderkaak, tengevolge van de te geringe beethoogte, duidelijk naar achteren staat ten opzichte van de bovenkaak. Vooral bij deze laatste beide afwijkingen zou het caput mandibulae, bij het sluiten van de mond, de reeds beschreven abnormale druk kunnen uitoefenen.

2.2 *Kritiek op de visie van Costen*

Weldra komt van de kant van clinici en van anatomen kritiek op de conceptie van Costen. De veronderstelling dat de symptomen veroorzaakt worden door druk van het kopje op de aangrenzende weefsels blijkt onhoudbaar, hoewel deze zienswijze het onderzoek nog gedurende enige jaren blijft beheersen.

Door SCHWARTZ (1959) wordt Schultz geciteerd, die in 1937 de aandacht vestigt op het temporomandibulaire gewricht zelf. Rekening van de kapsel en de ligamenten is volgens deze onderzoeker aanleiding tot een permanente subluxatie. De hypermobiliteit kan afgewisseld worden door bewegingsbeperking. Deze vindt zijn oorzaak in bloeditstoringen, die op hun beurt weer veroorzaakt worden door plotseling optredende scheuren in de gewrichtskapsel en de ligamenten. Volgens deze opvatting bestaat er dan een soort verstuiking van het kaakgewricht.

LANDA (1950) aanvaardt, noch druk van het kaakkopje op aangrenzende weefsels, noch luxatie of verstuiking van het kaakgewricht, als oorzaak van het Syndroom van Costen. Hij beschouwt plotselinge veranderingen in het samenspel van de kaakspieren als een etiologische factor.

Vanaf 1949 gaat men zich in de mondheeskundige kliniek van de Columbia-universiteit bij de behandeling van het Syndroom van Costen steeds meer richten op pijnlijke spasmen in de kauwspieren. Er vormt zich in deze kliniek onder leiding van SCHWARTZ een team van specialisten uit verschillende disciplines, dat zich bezig gaat houden met het onderzoek van stoornissen in de functie van het kaakgewricht. Sinds 1955 wijst men in publicaties vanuit deze kliniek op het belang van emotionele spanningen voor de geneze van het Syndroom van Costen.

Het grote aantal bijkomende symptomen, dat Costen in zijn publicaties beschrijft en waaraan hij telkens nieuwe toevoegt, wordt zelden waargenomen.

Was het door ons beschreven complex van symptomen tot die tijd bekend onder de naam „Syndroom van Costen,” in een publicatie van 1956 pleit Schwartz voor een andere benaming. Hij spreekt van het „Temporomandibular Joint Pain-Dysfunction Syndrome”.

2.3 *De onderzoeken van Schwartz en zijn medewerkers*

Als eerste resultaat van een nader onderzoek (SCHWARTZ en COBIN, 1957) wordt vastgesteld, dat het syndroom bij vrouwen meer voorkomt dan bij mannen en wel in een verhouding van 83 tegen 17.

De eerste fase van het syndroom, knappen, subluxatie en dislocatie wordt bij vrouwelijke patienten het frequentst gevonden op de leeftijd van 20 tot 50 jaar en bij mannen van 20 tot 30 jaar.

De volgende fase, de bewegingsbeperking, vind men bij 62 % van alle patienten. Zij treedt vooral op bij vrouwen op de leeftijd van 40 tot 50 jaar.

De onderzoeken van SCHWARTZ (1959) en zijn medewerkers hebben tevens een nieuwe visie tot gevolg op het ontstaan van het Syndroom van Costen.

De eerste vraag, welke SCHWARTZ zich heeft gesteld was, of het optreden van de kaakgewrichtsklachten altijd gepaard moet gaan met irreversibele veranderingen in de weefsels. Het bleek dat, indien de bewegingsbeperking van het kaakgewricht moeilijk op te heffen is, dit vaak het gevolg is van een contractuur van de kauwspieren.

Het was niet mogelijk de ernst van de anatomische afwijkingen aan het kaakgewricht te correleren met de ernst van de klinische symptomen.

Bij obductie worden herhaaldelijk kaakgewrichtsafwijkingen gevonden, zonder dat dit tevoren aanleiding gaf tot klachten.

Zelfs totale destructie van de discus articularis behoeft niet gepaard te gaan met enige subjectieve klacht van het kaakgewricht.

Röntgenologisch werden soms tijdens het leven duidelijke arthrotische veranderingen van het kaakgewricht gevonden. Ook deze afwijkingen gaven soms helemaal geen klachten.

SCHWARTZ (1955) en verschillende andere onderzoekers menen dat vele zogenaamde klachten van het kaakgewricht niet berusten op afwijkingen van het gewricht, maar op een stoornis in de functie van de kauwspieren.

Bij herhaling wijzen zij op het voorkomen van pijnlijke spiergroepen rond het kaakgewricht. Wel wordt het mogelijk geacht dat spierspasmen het gevolg zijn van pijnprikkels vanuit het kaakgewricht.

2.4 *Het "Myo-Fascial Pain Syndrome"*

SICHER (1954, 1955) wijst er op dat de pijn in de omgeving van het kaakgewricht in de eerste plaats spierpijn is. De prikkels, die aanleiding geven tot de pijnlijke spierspasmen, zijn naar zijn mening afkomstig uit de gewrichtskapsel.

Pijn op sommige plaatsen in de kauwspieren en stoornissen in de functie van het kaakgewricht zijn de meest constante bevindingen bij het Syndroom van Costen. Bewegingsbeperking van een gewricht met in de omgeving pijnlijke gedeelten van spieren vindt men wel op meer plaatsen van het lichaam. Men spreekt bij een dergelijke spieraandoening wel van myalgie of fibrositis. In de Angelsaksische literatuur is hiervoor de term "Myo-Fascial Pain Syndrome" ingeburgerd. Een dergelijk syndroom bestaat uit een zeer drukgevoelige plek in een bepaalde spier of in het bindweefsel; hierbij worden bovendien gevonden: pijn in rust en bij bewegen, spierspasmen, bewegingsbeperking, krachtsverlies en zeer zelden vegetatieve verschijnselen. De pijn kan uitstralen over een veel groter gebied dan dat wat omvat wordt door de drukgevoelige plek in de spier. Het gebied waar de pijn gevoeld wordt, kan zelfs op enige afstand van de getroffen spier liggen.

De "Myo-Fascial Pain Syndromes" komen het meest voor aan de schoudergordel, de nek en de lumbaalstreek. Aanleiding tot het ontstaan van het syndroom is vaak rekking van een spier, die een abnormaal pijnlijke plek bevat. De pijn geeft spasmen, die weer pijn veroorzaken. Deze pijn verergert weer de spasmen, waardoor de pijn heviger wordt. Zo ontstaat een vicieuze cirkel, die zichzelf in stand kan houden ook nog nadat de oorspronkelijke aanleiding tot haar ontstaan verdwenen is.

2.5 *Emotionele spanning en spierspanning*

Er zijn aanwijzingen dat emotionele spanning mede een belangrijke rol speelt bij de "Myo-Fascial Pain Syndromes". Van belang zijn in dit verband de onderzoeken van SAINSBURY en GIBSON (1954). Zij toonden langs electro-myografische weg aan dat bij gespannen angstige mensen de spierspanning is toegenomen.

De spanning was extra hoog in die spiergroepen, waarin pijn of andere sensaties werden gelocaliseerd. Zo ging stijfheid in de kauwspieren bij twee patienten samen met verhoogde spanning in deze spieren. Als de spierspanning in bepaalde lichaamsdelen verhoogd is, treedt er vaak ook een verhoogde spierspanning in andere delen van het lichaam op. MALMÖ en SHAGASS, geciteerd door SAINSBURY en GIBSON, stelden vast, dat angstige patienten, vergeleken met evenwichtigen, onder belastende omstandigheden meer neigen om te reageren met een toeneming van de spierspanning.

Verhoogde spierspanning en angst kunnen samengaan. De spierspanning kan evenredig toenemen met de subjectieve gevoelens van pijn en ongemak, die men in een bepaalde spiergroep ondervindt.

JACOBSEN, eveneens geciteerd door SAINSBURY en GIBSON, deelt mede, dat als de aandacht op een bepaalde spier gefixeerd is, de actiepotentialen, die men van een dergelijke spier kan afleiden, in frequentie stijgen.

Het toenemen van de actiepotentialen kan geduid worden als een toeneming van de spieractiviteit.

Reeds eerder verschenen er publicaties over stoornissen in de functie van de kauwspieren en aangezichtspijnen.

WOLFF (1948) beschrijft dat voortdurende contractie van de m. masseter gepaard gaat met een stijf gevoel of pijn in de kaak, het jukbeen en de temporaalstreek. Een trismus kan optreden bij een ontsteking of een andere pathologische afwijking in het gebied van de kaken of de kauwspieren. Heel vaak echter treedt een pijnlijke contractuur van de m. masseter op bij mensen, die lijden onder psychische belasting.

Hoe door de voortdurende toestand van contractie pijn ontstaat is niet geheel duidelijk. Verandering in de bloedcirculatie en de stofwisseling van de betreffende spier zouden hiervoor verantwoordelijk zijn. (HOLMES, 1951).

Bij mensen die onder psychische druk leven, bijvoorbeeld wanhopig zijn of die in een situatie zijn, die besluitvaardigheid vereist, zouden de mm. masseteres de eerste spiergroep zijn, die onder toegenomen spanning komt.

Een geïsoleerde tonusverhoging van de masseter komt zelden voor. De halsspieren en de m. temporalis doen meestal mee. Een dergelijke toestand van verhoogde spierspanning zou, als zij eenmaal ontstaan is, ook zelfs indien de oorspronkelijke oorzaak verdwenen is, lang kunnen aanhouden.

2.6 *Electromyografisch onderzoek van de kauwspieren en de klinische symptomen van spanning in de spieren rond het kaakgewricht*

De waarnemingen van MACDOUGALL en ANDREW (1953) kunnen mede bijdragen tot het vormen van een voorstelling van het mechanisme, dat een rol speelt bij het tot stand komen van het Syndroom van Costen.

Electromyografisch werden bij 12 proefpersonen, die niet leden aan klachten van het kaakgewricht, actiepotentialen gemeten aan de m. temporalis en de m. masseter. Bij de gewone openingsbeweging van de mond werd eenzelfde aantal ontladingen gemeten als in rust. Een maximaal openen van de mond geeft duidelijke toename van de activiteit. Houdt de proefpersoon de mond enige tijd maximaal geopend, dan voelt hij pijn die ongeveer gelocaliseerd wordt in de streek van het kaakgewricht en de ramus mandibulae. Deze verschijnselen lijken veel op die behorend bij het Syndroom van Costen, wanneer getracht wordt de mond verder te openen dan de bewegingsbeperking toelaat.

SCHWARTZ (1959) vond bij lijders aan het Syndroom van Costen met pijnlijke bewegingsbeperking, reeds tijdens de gewone openingsbeweging van de mond, electromyografisch verhoogde spieractiviteit. MACDOUGALL en ANDREW vonden bij hun proeven de verhoogde spieractiviteit vooral aan de voorrand van de m. temporalis en in de oppervlakkige laag van de m. masseter. Deze gebieden zijn bij klinisch onderzoek bij lijders aan het Syndroom van Costen het pijnlijkst.

Reeds werd beschreven dat het typisch is voor een "Myo-Fascial

Pain Syndrome", dat er in de spier bepaalde zeer gevoelige plekken zijn, maar dat de pijn en de stijfheid kunnen uitstralen over een groter gebied, zelfs op enige afstand van de getroffen spier. Zo vond SCHWARTZ evenals SICHER (1955) dat er pijn in de gehele temporaalstreek kan ontstaan vanuit de m. temporalis. Een contractuur van de m. masseter geeft op soortgelijke wijze pijn in de wang en in de kaak. „Keelpijn” wordt wel eens veroorzaakt door uitstralende pijn vanuit gespannen mm. pterygoidei. Hetzelfde is het geval met „oorpijn”.

2.7 Stoornissen in de functie van de kauwspieren

De twee voornaamste symptomen van het Syndroom van Costen zijn pijnlijke kauwspieren en een stoornis in de functie van het kauwapparaat. Bij het onderzoek van de functiestoornis dient volgens SCHWARTZ (1959) onderscheid gemaakt te worden tussen een stoornis in het fijne samenspel van de kauwspieren en de bewegingsbeperking, die hiervan vaak het gevolg is.

Een direct gevolg van de disharmonie in het fijnere samenspel van de kauwspieren kan zijn, dat het komt tot knappen in het kaakgewricht, subluxatie en dislocatie. Knapen is het meest voorkomende symptoom. Hoe het knappen veroorzaakt wordt, is niet geheel zeker. De meest gangbare veronderstelling is, dat het knappen tot stand komt, doordat het kopje bij het articuleren de weerstand van de ingeklemde discus articularis moet overwinnen.

Spierpijn is een van de factoren, die het fijnere samenspel van de spieren ernstig kan verstoren (GELLHORN en THOMSON, 1944).

Volgens SAINSBURY en GIBSON (1954) klagen gespannen mensen er vaak over, dat ze zo gauw lichamelijk vermoeid raken. Ze hebben het gevoel, dat hun bewegingen niet soepel verlopen. RUTH MOULTON (1955) beschrijft bij haar kaakgewrichtspatienten soortgelijke verschijnselen. De patienten beschrijven dit zelf bijvoorbeeld als: „Het lijkt wel of ik niet weet hoe ik mijn kaak moet bewegen”. SCHWARTZ (1959) heeft de indruk dat het gestoorde samenspel van de kauwspieren te maken heeft met emotionele stress. Dit effect komt volgens hem tot stand via de verhoogde spierspanning. Eerst gaat een periode van knappen vooraf, waarna vaak plotseling een bewegingsbeperking van het kaakgewricht optreedt. De bewegingsbeperking kan nog langdurig blijven bestaan na het verdwijnen van de pijn.

Het optreden van de verhoogde tonus in de spieren van het kaakgewricht werd door SCHWARTZ vooral gezien in samenhang met angste spanning en levensmoeilijkheden.

SCHWARTZ meent dat bij lijders aan het Syndroom van Costen tevens de neiging bestaat om bij stress te reageren met kiezenklemmen en tandenknarsen. Het laatste wordt voor het gewricht schadelijker geacht dan het eerste (BOERING, 1966). Men rekent de genoemde symptomen tot de zogenaamde slechte mondgewoonten of „occlusal habits”.

2.8 *Bruxisme*

De „biting habits” worden in de Angelsaksische literatuur en in navolging daarvan ook in andere medische literatuur meestal beschreven onder de naam „bruxisme”. Bruxisme is afgeleid van het Griekse woord „βρυχειν”, dat letterlijk tandenknarsen betekent.

BECKER (1955) definieert bruxisme als: alle gewoonten, bewust of onbewust uitgevoerd, waarbij gebitselementen gedurende abnormaal lange tijd of op abnormale wijze met elkaar in contact komen, waarbij de fysiologische contacten bij eten, kauwen, spreken en slikken buiten beschouwing worden gelaten.

BECKER onderscheidt bij het bruxisme drie groepen:

I. Gevolgen van onbewuste agressieve of bewust agressieve strevingen of andere psychische spanningen. Vaak treden ze alleen op gedurende de slaap. Bij sommige patienten komt het ook overdag voor. Zij zijn zich daar niet of nauwelijks van bewust. Deze vorm van bruxisme manifesteert zich als het op elkaar klemmen van de tanden, het knarsen in allerlei richtingen, het klikken van de elementen tegen elkaar, lip- en wangbijten, zuigen aan de tanden en de tong tegen de tandenrij persen.

II. Gewoonten die ontstaan uit hoofde van het beroep, zoals het vasthouden van spijkers met de tanden of het op elkaar klemmen van de kiezen bij het besturen van zware tractoren vanwege het trillen en schokken van het voertuig.

III. Gewoonten die niet ontstaan door het beroep of door psychische labiliteit. Bijvoorbeeld kauwen op allerlei voorwerpen tijdens het lezen of tijdens inspannende geestelijke arbeid.

Van het bruxisme worden de volgende complicaties beschreven:

Het ontstaan van slijpfacetten aan tanden en kiezen op ongebruike-

lijke plaatsen. De gebitselementen kunnen abnormaal beweeglijk worden en er kunnen pockets ontstaan. In de laatste plaats beschrijft BECKER stoornissen in de functie van het kaakgewricht.

Tachtig procent van de patienten is zich het bruxisme niet bewust. Indien het overdag optreedt en men de patient er opmerkzaam op maakt, wordt hij het zich wel bewust. Velen knarsetanden echter alleen in de slaap. Daarom moet men vragen of bij het ontwaken de tanden stijf op elkaar staan, of dat er een pijnlijk en los gevoel in de elementen is. Een moe gevoel in de kauwspieren kan voorkomen. Soms is er pijn en stijfheid in de kaakgewrichten en de kauwspieren. In dit verband kan worden vermeld dat het volgens NADLER (1957) mogelijk is, dat de kauwspieren gedurende activiteiten zoals bruxisme langzamerhand een aanzienlijke tonusverhoging ondergaan door de voortdurende zeer krachtige contracties. Er zijn gevallen dat nachtelijk tandenknarsen alleen via de echtgeno(o)t(e) vast te stellen is.

NADLER schrijft dat bruxisme bij veel mensen voorkomt zonder dat dit verder enig schadelijk gevolg heeft.

Het kan ook als symptoom voorkomen bij laesies van hersenschors, pons en verlengde merg, en bij slechte algemene toestand in het verloop van een ernstige interne ziekte bij kinderen. Bij epileptische dementie, spastische hemiplegie en chorea, komt het voor. Het familiair optreden van bruxisme wordt ook wel beschreven.

Als bijkomende toevallige oorzaak noemt NADLER occlusieafwijkingen of kleine anatomische defecten. Bijvoorbeeld het ruwe uiteinde van een kroon, dat een onaangenaam gevoel geeft. Men zou echter neurotisch moeten zijn om als gevolg van een dergelijke bijkomende oorzaak bruxisme te ontwikkelen.

Het zou een teken zijn dat de afweermechanismen van het Ik onvoldoende werkzaam zijn, waardoor agressieve impulsen zich langs deze weg kunnen manifesteren. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn gedurende de slaap of bij concentratie op activiteiten, die ons te zeer in beslag nemen. Kinderen, die net beginnen te spreken, maar die beperkt worden in hun geldingsdrang en in het uiten van hun agressieve gevoelens, kunnen gaan tandenknarsen.

Volgens andere opvattingen, aldus NADLER, dient men het bruxisme meer te moeten zien als een gevolg van overactiviteit van de mens onder psychische stress. Naast een „neurotisch” bruxisme zou er een „psychogeen” bruxisme bestaan, waaronder men in dit geval

een bruxisme verstaat, dat zou dienen om zich psychisch te prepareren op een grote lichamelijke inspanning. Ook ziet men wel bruxisme optreden bij hen, die bijzonder precies en nauwgezet werken. Een voorbeeld hiervan zijn horlogemakers. Het treedt vooral in die gevallen op, waarbij de fysieke inspanning gering is ten opzichte van de psychische activiteit, die opgebracht moet worden. In oorlogstijd zouden meer mensen met klachten over bruxisme ter behandeling komen. Mensen in de frontsituatie gebruiken deze knarsgewoonten dan ter verlichting van de spanning, die veroorzaakt wordt door gevaarlijke situaties. Sommige mensen, die ingespannen zitten te studeren, vertonen een lichte zwelling van de masseter en de m. temporalis met ritmische bewegingen. Dit wordt ook waargenomen bij televisiekijkers.

Men onderscheidt ook gedeeltelijk willekeurige vormen van bruxisme. Hiertoe rekenen sommigen ook het kauwgumkauwen, dat willekeurig begonnen, in een automatisme overgaat en bij spanning eventueel ontspanning kan geven. HOLLINGWORTH (1939) gaat zo ver, dat hij eigenlijk aan alle vormen van kauwen buiten de maaltijden om een ontspannende werking toeschrijft. Volgens hem is een van de kenmerken van het gebruik van de maaltijd, dat tijdens het eten de mens tot rust komt. Kauwt hij nu buiten de maaltijden, dan treedt via een voorwaardelijke reflex een zekere ontspanning op.

FREEMAN (1940) heeft kritiek op de opvattingen van HOLLINGWORTH. Hij vraagt zich zelfs af, of, indien bij een reeds ingetreden relaxatie met kauwen wordt begonnen, dit niet een mechanisme zou kunnen zijn, dat tot functie heeft om actief te blijven inplaats van tot ontspanning te komen.

Volgens NADLER zou er ook een fysiologisch bruxisme bestaan. Het jonge kind knarst dan met het tandvlees, vlak voordat de tanden doorkomen.

Als de tanden doorkomen probeert het kind niet alleen „lust” te verkrijgen door te zuigen, maar komen ook agressieve tendenzen te voorschijn, die leiden tot bijten. De mond kan een belangrijke rol spelen bij agressieve en sadistische strevingen; daarbij is het tevens het orgaan van liefde en haat. Bijten op speelgoed en andere voorwerpen is gewoon bij jonge kinderen.

Sommige kinderen bijten en kiezenklemmen tijdens het bestuderen van hun lessen. Kinderen die op pijn reageren, klemmen de tanden

op elkaar. Geneurotiseerde kinderen kunnen reageren met een facialis-tic en bruxisme.

Het is verleidelijk om aan het symptoom bruxisme mede de betekenis toe te kennen, dat agressieproblematiek hiermee op symbolische wijze tot uiting wordt gebracht. Ons inziens is het symptoom bruxisme echter meer een uiting van neurotische gespannenheid in het algemeen, waaraan ook agressieproblemen ten grondslag kunnen liggen.

2.9 *Automatische mondbewegingen*

Er werd reeds gewezen op het bruxisme, dat voorkomt bij bepaalde organisch-cerebraalgestoorden. Hierbij valt in het bijzonder de aandacht op het bruxisme dat optreedt als automatische beweging. In de door ons geraadpleegde literatuur vonden we niet nader uitgewerkt, hoe men zich indenkt op welke organische basis dit bruxisme mede tot stand zou kunnen komen. Wel bestaan er studies over andere automatische mondbewegingen. Ritmische openings- en sluitbewegingen kunnen onder andere optreden bij ernstig organisch-cerebraal gestoorden, waarbij er naar de opvatting van WIESER (1955) en ook van ADAMS en HUBACH (1960) geen bepaalde omschreven laesie in de hersenen is aan te wijzen, tengevolge waarvan de automatismen optreden. Het gaat meer om de integratieve werking van de hersenen als geheel. Zij stellen zich voor, dat er in de hersenen verschillende niveaus van integratie zijn. Hoe meer de integratie gestoord is, hoe minder mogelijkheid er bestaat tot differentiatie van de bewegingsvormen, waarbij op den duur een niveau wordt bereikt, waarop slechts automatische bewegingen mogelijk zijn.

Ook bij de "primary reading epilepsy" worden automatische mondbewegingen beschreven (o.a. door: CRITCHLEY, COBB en SEARS, 1959, 1960; BAXTER en BAILEY, 1961; LASATER, 1962). Nadat lijders aan deze ziekte enige tijd hebben gelezen, ontstaan onwillekeurige openings- en sluitbewegingen van de onderkaak bij nog intact bewustzijn. Tracht de patient door te lezen, dan kan er een epileptisch insult ontstaan. Staakt hij tijdig zijn lectuur, dan stoppen de kaakbewegingen en treedt er geen insult op. Over de oorzaak van de automatische kaakbewegingen bij deze vorm van epilepsie tast men in het duister. Men veronderstelt de aanwezigheid van

corticale prikkelingshaarden, die echter slechts bij een enkele patient aangetoond konden worden. Daarnaast nemen de genoemde onderzoekers een gevoelig reticulair systeem aan. Het ontstaan van de mondbewegingen is niet slechts afhankelijk van de duur van het lezen, maar ook van de emotionele betrokkenheid van de patient op het gelezene. Ook conditionering zou bij het optreden van nieuwe aanvallen een rol spelen.

2.10 *Mogelijke ontstaansvoorwaarden voor het Syndroom van Costen*

SCHWARTZ (1959) noemde bij de conceptie, die hij opgesteld heeft voor de oorzaak van het ontstaan van het Syndroom van Costen een aantal samenwerkende mechanismen.

Tonusverhoging in de kauwspieren, als gevolg van een algemeen verhoogde spierspanning, met bruxisme en afwijkingen in de occlusie en langdurige of plotselinge rekking van de kauwspieren kunnen tezamen mede de oorzaak zijn dat er een Syndroom van Costen ontstaat. Ook angstige spanning en psychische druk zouden mede kunnen bijdragen tot het ontstaan van dit syndroom.

De beide laatste factoren kunnen nog versterkt worden, indien een traumatisch tandheelkundige behandeling samen gaat met een angstige verwachting, bij het optreden van symptomen van mond en kaakgewricht. Traumatisch betekent in dit verband mede psychotraumatisch.

In de vorige paragrafen kwamen een aantal mogelijke ontstaansvoorwaarden reeds uitvoerig ter sprake. Hieronder volgen puntsgewijs nog enkele aanvullende opmerkingen.

Verhoogde spierspanning, de drukverhouding tussen onder- en bovenkaak en de occlusie:

SCHWARTZ stelt dat verhoogde spierspanning in de kauwspieren aanleiding is tot wijziging in de drukverhouding tussen onder- en bovenkaak. Omgekeerd geeft een afwijkende stand van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak, verandering in de richting en intensiteit van de krachten, die de kauwspieren op boven- en onderkaak uitoefenen. De stand van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak in occlusie kan mede van belang zijn voor het ontstaan van een Syndroom van Costen, hetzij primair hetzij

secundair. Een plotselinge verandering in de occlusie is waarschijnlijk belangrijker, dan een chronische stoornis. Zulke veranderingen in de occlusie brengen waarschijnlijk veranderingen te weeg in de spierfunctie via veranderde proprioceptieve impulsen uit de betrokken spieren.

Knappen, occlusie en predipositie:

Knappen zou ook bij daarvoor gepredisponeerden bij kleine veranderingen in de occlusie tijdens een tandheelkundige behandeling kunnen ontstaan. Een kleine verandering door afslijpen van het gebit bijvoorbeeld, zou zo aanleiding kunnen zijn tot een plotselinge bewegingsbeperking van het kaakgewricht. Zoals reeds gezegd, zou door een dergelijke kleine verandering in de occlusie, slechts een Syndroom van Costen kunnen ontstaan bij daarvoor gepredisponeerden, aldus SCHWARTZ. NORRIS (1957) zegt in dit verband dat spierkrampen worden veroorzaakt door hevige pijn of door een heftige prikkeling ter plaatse of ook bij het bestaan van een hypergevoelig centraal reflexmechanisme.

Afwijkingen van het kaakgewricht in engere zin (hiermee worden bedoeld afwijkingen aan het gewricht zelf) noemt SCHWARTZ niet als voorwaarde voor het ontstaan van een Syndroom van Costen.

2.11 Critische terugblik

Overziet men de tot nu toe gerefereerde literatuur, dan wordt duidelijk, hoe zich vanuit de min of meer statische visie van Costen een meer dynamische beschouwingswijze heeft ontwikkeld, waarin allerlei ontstaansvoorwaarden een plaats vinden.

Door de mondchirurg BOERING (1966) werden onderzoeken verricht bij lijders aan het Syndroom van Costen. De resultaten van dit onderzoek zullen in het laatste hoofdstuk nog besproken worden. Zijn voornaamste bevinding was dat arthrosis deformans van het kaakgewricht, in tegenstelling tot wat hierover vermeld wordt in de Angelsaksische en Scandinavische literatuur, bij patienten met klachten over het kaakgewricht frequent voorkomt. De voornaamste conclusie van zijn onderzoek is dat arthrosis deformans inderdaad een grote rol speelt bij het tot standkomen van klachten over het kaakgewricht.

Op grond van het door BOERING verrichte onderzoek blijkt de voorstelling van SCHWARTZ, dat aan arthrosis deformans van het kaakgewricht bij kaakgewrichtsklachten geen belangrijke rol behoeft te worden toegekend, onhoudbaar.

SCHWARTZ noemt kiezenklemmen en tandenknarsen slechte mondgewoonten. Uit het voorgaande is wel gebleken dat aan het bruxisme onvoldoende recht gedaan wordt, indien men het slechts betitelt als een gewoonte. Het is een complex gebeuren, waarbij psychodynamische en mogelijk ook cerebraal-organische factoren mede hun invloed laten gelden. Zonder bruxisme met andere automatische mondbewegingen van cerebraal-organische aard gelijk te willen stellen, lijkt het aannemelijk dat organisch-cerebrale afwijkingen mede een rol kunnen spelen.

Bij ongeveer 40 % van de lijders aan het Syndroom van Costen komt bruxisme voor (BOERING) en het is dan ook geenszins obligaat, zoals men misschien wel geneigd zou zijn te overwegen vanuit de beschouwingen van SCHWARTZ.

SCHWARTZ geeft in zijn conceptie een plaats aan psychodynamische invloeden. Cerebraal-organische factoren vermeldt hij niet expliciet. Wanneer men gewend is te denken vanuit de zienswijze van de multiconditionele ontstaanswijze van ziekten, zal men steeds naast psychodynamische invloeden cerebraal-organische factoren blijven overwegen.

Het nieuwere inzicht van SCHWARTZ was mede aanleiding tot een nieuwe naamgeving. Het zal de lezer niet ontgaan zijn, dat de naam Syndroom van Costen door mij gehandhaafd bleef. Hiervoor zijn enige praktische overwegingen. Ten eerste is het een korte naam en in de tweede plaats is het symptomencomplex nu eenmaal internationaal bekend onder de naam van Syndroom van Costen. Handhaven van de oude naam vergemakkelijkt de communicatie.

In dit hoofdstuk werd reeds gepreludeerd op psychodynamische invloeden. In volgende hoofdstukken zullen meer speciaal psychiatrisch-psychologische achtergronden besproken worden.

Hoofdstuk 3

PSYCHIATRISCHE LITERATUUR OVER HET SYNDROOM VAN COSTEN EN OVER VERWANTE ZIEKTEBEELDEN

3.1 Psychiatrische beschouwingen over het Syndroom van Costen door Ruth Moulton

Dateert het eerste artikel van Costen uit 1934, het zou tot 1955 duren voor er van psychiatrische zijde een uitvoeriger publicatie verschijnt over het naar hem genoemde syndroom. Dit artikel van RUTH MOULTON (1955) verscheen in een tandheelkundig tijdschrift. Over het Syndroom van Costen verschijnen in de loop der jaren nog enige artikelen van haar hand, die in essentie niet uitgaan boven haar eerste mededeling.

RUTH MOULTON - lid van de eerder genoemde werkgroep van SCHWARTZ - beschreef (1955) een serie van 35 lijders aan een Syndroom van Costen. Bij 25 stond de pijn op de voorgrond. Soms was de pijn beperkt tot de kaak en de gebitselementen, maar vaak was er uitstraling naar de nek, het hoofd en de oren, soms straalde de pijn uit tot in de schouders. Ernstige hoofdpijn kwam veel voor. Daarbij werd vaak gevonden dat de nekspieren gespannen waren. Emotionele belasting verergerde de pijn.

De patienten hadden allerlei verschijnselen, die RUTH MOULTON interpreteert als conversiesymptomen, d.w.z. als van functioneel psychogene aard, zoals: duizeligheid, aanvallen van benauwdheid, soms tot stikkens toe, slapeloosheid, phobieën; waaronder 4 gevallen van kankervrees en drukgevoelens in het hoofd.

Er werden verder bij velen klachten gevonden, die hoewel primair van somatische aard, door de onderzoekster beschouwd werden als toch in belangrijke mate mede bepaald door psychogene factoren. Er waren 8 patienten met maagklachten. Bij één patient gingen de maagklachten telkens vooraf aan de klachten over het kaakgewricht. Bij een andere ging heftige angst samen met diarree. Vijf vrouwen hadden gynaecologische klachten.

RUTH MOULTON onderscheidde in haar beschouwingen over de factoren, die medewerken aan het tot stand komen van de klachten van het kaakgewricht: afwijkingen aan mond en kauwstelsel en algemene psychische invloeden.

Onder de eerste groep van factoren noemt zij de volgende:

Bruxisme kwam voor bij 18 van de 35 patienten. Sommigen waren zich hun bruxisme bewust en merkten het vooral op, indien ze hun boosheid trachtten te onderdrukken. Anderen wisten alleen maar van hun huisgenoten, dat ze 's nachts knarsetandden. Het bruxisme vormde hier als het ware de bodem waarop een Syndroom van Costen zich kon ontwikkelen. Chronisch bruxisme zou in verband staan met voortdurende ernstige levensmoeilijkheden.

Bij anderen, het betreft een kleinere groep, was er een meer directe aanleiding tot het uitbreken van het Syndroom van Costen. Voorbeelden hiervan waren: overrekken van het kaakgewricht en de kaakspieren bij het gapen of het steeds bezig zijn met het kaakgewricht. RUTH MOULTON beschreef bijvoorbeeld een jongetje dat zijn vriendjes vermaakte, door steeds maar weer zijn kaken te laten knappen. Dezelfde onderzoekster vermeldde het geval van een hypochondere vrouw die voortdurend met wijd geopende mond voor de spiegel stond, om telkens opnieuw haar keel te kunnen inspecteren.

Een ander „auslösend” moment is vaak een trauma van het gebit, dat meestal van tandheelkundige aard is. Dit kunnen allerlei tandheelkundige bewerkingen zijn; bijvoorbeeld een langdurige extractie, maar ook een simpele ingreep, zoals het bijstlijpen van één of meer gebitselementen, zouden aanleiding kunnen zijn tot het uitbreken van een Syndroom van Costen. Ook andere traumata, zoals het bijten op een hagelkorrel of een val op de tanden kunnen dergelijke gevolgen hebben. Het gaat niet alleen om de ernst van het trauma, maar ook om de wijze waarop de patient dit beleeft.

Onvoldoende voorbereiding op een extractie kan op deze wijze van invloed zijn. De gemiddelde patient verdraagt dit wel, maar voor een labiele patient kan dit aanleiding zijn tot een ernstige preoccupatie met zijn gebit.

Wat betreft de tweede groep van factoren, de algemene psychische vermeldt RUTH MOULTON het volgende: Van de 35 door haar

beschreven patiënten waren er maar 4 in psychiatrisch opzicht relatief gezond.

Twintig waren duidelijk angstig en gespannen.

Er waren er, die hun klachten op een zeer vreemde manier beschreven. Ze bezigden dan uitdrukkingen als: „Ik was er uren lang blind van”. „De bloedvaten in mijn hoofd scheurden en het begon te bloeden in mijn hersenen”. Vijf van hen meenden, dat hun gezicht veranderd was. Ze drukten dit uit door bijvoorbeeld mede te delen, dat hun gezicht vertrokken was tot een duivelse grijns, of dat ze een andere gelaatsuitdrukking hadden gekregen, of dat het was of ze niet meer op zichzelf leken. Er was sprake van waanachtige belevingen. Volgens RUTH MOULTON leefden deze mensen op de rand van de schizofrenie.

Tien patiënten waren duidelijk depressief. De depressieve stemming werd niet veroorzaakt door de pijn, maar hing samen met de wanhopige levenssituatie, die reeds voor het uitbreken van de lichamelijke klachten bestond.

Volgens RUTH MOULTON waren 11 van de 35 patiënten psychotisch of prepsychotisch (6 werden gediagnosticeerd als schizofreen, 4 waren suïcidaal geweest, 1 werd geschokt wegens een involutie-depressie). De klachten bij de schizofrene patiënten waren weinig scherp omschreven. Er was geen pijn. Indien echter een trauma aan de tanden een belangrijke factor was, dan traden er wel acute pijnverschijnselen op.

Bij een aantal speelden voortdurende levensmoeilijkheden een rol.

Bij deze patiënten bestond een heftige agressie, die slechts met grote moeite onder controle kon worden gehouden. Deze mensen zetten „liever de tanden op elkaar”, dan dat ze lieten merken wat er in hen omging. De agressieve gevoelens waren meestal gericht tegen de eigen man, die door de vrouwelijke patiënten beschreven werd als een „sufferd”. Het ideaalbeeld dat deze vrouwen van een huwelijkspartner hadden, was een soort krachtfiguur, waar je tegen op kon zien en daar beantwoordde de betreffende echtgenoot niet aan.

In 12 gevallen waren de huwelijken duidelijk „niet goed”. De boosheid was ook vaak gericht tegen een dominerende strenge of zelfs wrede moeder, waaraan de patient in afhankelijkheid gebonden was. In 7 gevallen traden de symptomen op na de dood

van een dierbaar gezinslid, waaraan de patient een sterk infantiele binding had. Meestal kwamen de moeilijkheden meer voort uit een overdreven gebondenheid aan de huwelijkspartner, dan aan één der ouders.

In tegenstelling tot de groep van de duidelijk in afhankelijkheid gebonden (oral dependent) met soms ernstige manifeste agressieproblemen, stond een andere groep van 5 vrouwen, die bijzonder flink en praktisch waren.

Ze waren allen in het maatschappelijk leven zeer geslaagd. Ze bekleedden een zelfstandige positie en waren zeer geïnteresseerd in hun werk. Ze waren bijzonder dwangmatig. Er bestond een sterke neiging om te overheersen. De agressie werd zeer sterk verdrongen.

Het was voor de tandarts erg moeilijk deze laatst beschreven vrouwen te behandelen, want zij wilden zelf voorschrijven hoe ze behandeld moesten worden. Zij meenden beter te weten dan hun tandarts, hoe hun „beet” gecorrigeerd moest worden en het was zeer moeilijk om hierover met hen tot overeenstemming te komen.

3.2 Consequenties van de beschouwingen van Ruth Moulton voor de behandeling van lijders aan het Syndroom van Costen en van hen, die mogelijk tot een dergelijke reactie neigen

Indien onvoldoende aandacht besteed wordt aan de psychische problematiek van de lijders aan het Syndroom van Costen en alleen hun gebit uitgebreid tandheelkundig behandeld wordt, bestaat de mogelijkheid, dat de aandacht van deze patienten nog eens extra op hun klachten gefixeerd wordt. De symptomen nemen dan toe, of er komen nieuwe en de tandarts kan verleid worden tot steeds nieuwe correcties. Juist omdat deze patienten hun kaakgewrichtsklachten als het ware gebruiken om zichzelf van hun levensproblematiek af te leiden, zullen ze zich maar al te graag aan uitgebreide tandheelkundige behandelingen onderwerpen. Hun klachten zijn tevens een middel om voortdurend door hun arts behandeld en verzorgd te worden. Bij „dreigende genezing” komen de klachten vaak terug, of er ontstaan nieuwe symptomen. Velen willen graag in een ziekenhuis opgenomen worden voor nader onderzoek. Niet weinigen verlangen chirurgisch te worden behandeld. De meesten wensen steeds nieuwe onderzoeken en willen steeds andere specialisten consulteren. Ze willen eigenlijk onbewust behandeld worden op een

wijze, zoals die in de gewone tandheelkunde niet wordt geboden.

Ten opzichte van hun behandelende tandarts tonen ze zich bijzonder afhankelijk. Ze zijn hem dankbaar en ze zijn erg vriendelijk tegen hem, maar ze kunnen ook woedend worden als hij geen genezing bewerkstelligt. Dan projecteren ze op hem hun gevoelens van teleurstelling, omdat hij hun wezenlijke problemen niet oplost. Zo kan in Amerika de patient er bijvoorbeeld toe komen te gaan procederen tegen zijn dokter. Vele van deze patienten kunnen zich zo in de steek gelaten voelen door hun tandarts, dat zij zelfs niet bereid zijn kleine declaraties te voldoen. Zij menen recht te hebben op gratis behandeling.

De resultaten van de behandeling zijn het slechtst bij die patienten met kaakgewrichtsklachten, die reeds te voren zonder succes uitgebreid tandheelkundig behandeld zijn, zodat zij een conservatieve behandeling niet meer kunnen accepteren. Zij worden gedreven van de ene arts naar de andere en zij ondergaan steeds ingrijpender behandelingen. Volgens RUTH MOULTON zijn ze verslaafd aan chirurgische ingrepen, zoals een ander, omdat hij zijn emotionele spanningen niet kan verwerken, verslaafd raakt aan geneesmiddelen. De beste resultaten worden gezien in „verse” gevallen, waarbij „over-treatment” wordt vermeden. RUTH MOULTON besluit haar artikel met ervoor te pleiten, dat de tandarts oog dient te hebben voor de emotionele problemen van zijn patienten. Hij kan, indien hij deze miskent, een labiele patient aan zijn klachten fixeren, inplaats van hem te helpen. Men trachte uitvoerige tandheelkundige behandelingen bij angstige patienten te vermijden. Men zij ook voorzichtig met de behandeling van bizarre atypische klachten, die vaak meer te maken hebben met emotionele problemen dan met tandheelkundige afwijkingen. Zulke patienten moeten ertoe gebracht worden hun lichte klachten te dragen. Allerlei maatregelen die de spanning in de kauwspieren kunnen doen verminderen, zijn te verkiezen boven ingrepen in de mond. Sommige patienten zijn al geholpen met het bewustmaken van hun bruxisme. Het lukt hen dan deze gewoonte onder de knie te krijgen. Bij anderen zijn de emotionele problemen te diep geworteld en is de „gewoonte” te zeer ingeslepen om haar onder controle te kunnen krijgen.

De meerderheid van deze patienten wil echter geen psychiatrische hulp. Zij willen door hun tandarts behandeld worden. Daarom is

het het beste, dat hij deze patienten met begrip tegemoet treedt en ze niet doorverwijst naar de psychiater (MOULTON, 1955).

3.3 *Psychiatrische beschouwingen van andere schrijvers*

Hoewel RUTH MOULTON de eerste is geweest van psychiatrische zijde, die een fundamenteel artikel heeft geschreven over een betrekkelijk groot aantal lijders aan het Syndroom van Costen, zijn er voordien wel mededelingen verschenen van psychiaters over symptoomcomplexen, die zonder dat zij de naam droegen van Syndroom van Costen, toch hierop wel leken.

ABRAHAM (1924) heeft beschreven, dat in het verloop van depressies, naast het klassieke symptoom van de „droge mond”, wel andere symptomen voorkomen aan mond en kauwspieren.

ROSS, BENTLEY en GREENE (1953) gaven een casuïstische mededeling over een lijder aan het Syndroom van Costen. Op de door hen beschreven psychodynamiek zal in een volgend hoofdstuk nog worden teruggekomen (zie ook: 6.8).

Van 1954 dateert een mededeling van GRINKER en ROBBINS over een dergelijke patient.

Het betrof een 35-jarige vrouw met een ernstige depressie. Zij was in haar allervroegste jeugd nogal wat liefderijke zorg tekort gekomen.

Op latere leeftijd stond zij altijd klaar om, bij voorkeur de maatschappelijk minder bedeelden, te helpen. Haar eerste droom, in de periode dat zij psychotherapeutisch behandeld werd, betrof een kind in een kinderwagen, dat de fles krijgt. De volgende dromen gingen alle over voedsel. Het was onbereikbaar voor haar, of het werd haar verboden het op te eten. In de bewuste sfeer beleefde patiente nu dat zij zo moeilijk liefde kon geven aan of ontvangen van hen, die haar nastonden. Dit affectieve isolement was tevoren onbewust en werd in de droom, aldus GRINKER en ROBBINS, gesymboliseerd door het niet in staat zijn voedsel te krijgen.

Toen de depressie opklaarde, was de patiente beter in staat contacten met anderen te leggen, maar dit ging samen met pijn in de kauwspieren. De tonus was verhoogd. Ze had tegelijkertijd het subjectieve gevoel, dat zij wilde bijten, maar daarnaast bestonden er gevoelens, dat het bijten niet toegestaan was. Volgens GRINKER en

ROBBINS was de gelijktijdige constante prikkeling van openers en sluiters van de mond de oorzaak van de pijn.

GRINKER en ROBBINS zien verband tussen de depressie en de orale symptomen.

De relatie die sinds de allervroegste jeugd bestond tussen gevoed worden, warmte en zorgende liefde verkrijgen, werd volgens hen gesymboliseerd in de dromen over voedsel. In de wens te eten, d.w.z. liefde, warmte en zorg te verkrijgen, is patiënte gefrusteerd. Daarom werd deze wens geuit in een agressieve drang om te bijten. Deze drang was een agressieve uiting, die patiënte zich niet kon toestaan. Het innerlijke conflict wel en niet bijten werd nu verplaatst naar de kauwspieren en manifesteerde zich als pijn in de kaken, aldus GRINKER en ROBBINS.

3.4 De „hysterische aangezichtspijn” van Engel

Bij de differentiaaldiagnostische overwegingen in hoofdstuk 1 werd gewezen op de “Primary Atypical Facial Neuralgia” of „hysterische aangezichtspijn” (ENGEL, 1951).

ENGEL beschreef in zijn artikel een serie van 20 patienten, 19 vrouwen en 1 man.

Meestal was de pijn gelocaliseerd aan één kant, maar soms waren beide zijden van het gelaat aangedaan. Bij twee patienten bestonden er in het pijnlijke gebied vegetatieve veranderingen van de huid zoals oedeem en vasodilatatie. Bij één had de huid een glazig uiterlijk. Bij geen van allen had de pijn het karakter van een „tic douloureux”. Sommigen gaven alleen in meerdere of mindere mate pijn aan, indien men hen er naar vroeg. De meesten echter beschreven hun klachten spontaan op zeer plastische wijze. Deze had vaak symbolische betekenis. Bijvoorbeeld: „Het is een gevoel of je beurs geslagen bent”. Volgens ENGEL gaat het bij deze pijnklachten om een conversiesymptoom.

De aangezichtspijnen bestonden meestal reeds gedurende lange tijd. Allerlei specialisten waren door de meeste patienten voordien geconsulteerd. Onder deze specialisten bevonden zich neurologen, neurochirurgen, keel-neus-oorartsen en mondchirurgen. Vele van deze patienten ondergingen herhaaldelijk operatieve ingrepen, zonder dat verlichting van de aangezichtspijnen intrad.

De aangezichtspijn trad gelijktijdig op of alterneerde ook wel met

andere klachten. Geen van de patienten was vrij van andere klachten voor het uitbreken van de aangezichtspijnen. Vaak hadden ze pijnen op andere plaatsen in het lichaam. Klachten van het maag-darmkanaal kwamen veel voor.

Slikklachten waren frequent en werden door ENGEL geduid als globus hystericus.

Negen patienten hadden wel eens aanvallen van bewusteloosheid, of tengevolge van hyperventileren of in de vorm van wat ENGEL noemt, een hysterische syncope. Eén patiente leed aan visus- en loopstoornissen van onmiskenbaar conversiekarakter.

Drie patienten hadden wel eens klachten over een hysterische aphonie.

Alle vrouwen leden aan dysmenorrhoe. Zes waren duidelijk frigide.

De enige patiente, die geen enkele andere lichamelijke klacht had, werd vroeger behandeld wegens een depressie. Van de 20 patienten waren er 6 nog nooit geopereerd. Drie werden door ENGEL betiteld als "polysurgical addicts".

Bij 15 van de 20 patienten bleek anamnestic, dat ze een of andere pijnlijke aandoening van het gelaat hadden doorgemaakt, gedurende een periode van grote emotionele belasting. Ook kwam voor, dat ze zich identificeerden met iemand, die een dergelijke aandoening had. Hetzelfde gold ook voor de andere klachten, die deze patienten hadden.

Het waren zeer ongelukkige mensen. Maar volgens ENGEL is dit geen toeval. Bij zorgvuldig onderzoek bleek telkens weer, dat deze patienten een sterke onbewuste behoefte hadden om te lijden. Waren er werkelijk grote levensmoeilijkheden, dan verdwenen de aangezichtspijnen, om weer terug te keren als ze het wat gemakkelijker hadden. Bewuste en onbewuste schuldgevoelens speelden bij het tot stand komen van de symptomen een rol. Er bestond vaak een depressieve stemming.

Sommigen van hen konden alleen sexueel bevredigd worden als ze gelijktijdig gepijnigd werden. Vele van de vrouwelijke patienten hadden sadomasochistische fantasieën over coitus, graviditeit en partus, waarbij ze dan ernstig verminkt werden of stierven.

De directe aanleiding tot het ontstaan van de aangezichtspijn bleek vaak te maken te hebben met schuldgevoelens over fantasieën of onbewuste wensen, die lagen in de sexuele of agressieve sfeer.

De patienten wisten onbewust hun symptomen steeds weer te benutten om hun meestal onderdrukte agressie uit te leven. Niet alleen de openlijk agressieven, maar ook de passieven onder hen tyranniseerden gezin en dokter met hun klachten. Het leek wel, alsof ze hun klachten gebruikten om de meest onmogelijke eisen aan hun omgeving te stellen.

Dit wekte vaak bewust of onbewust de boosheid op van de omgeving, welke boosheid weer werd gericht tegen de patient, die zoals wij zagen, daar nogal eens behoefte aan had.

Door dit onbewuste samenspel tussen de patient en zijn milieu kunnen de klachten onderhouden worden.

3.5 *Het Syndroom van Costen vergeleken met de „hysterische aangezichtspijn” van Engel*

Gaat men de gedetailleerde ziektegeschiedenissen na van de patienten met “Atypical Facial Neuralgia”, dan vindt men vaak symptomen, die aan het Syndroom van Costen herinneren. Sommigen hebben moeite de mond te openen. Bij anderen is de pijn niet alleen beperkt tot de kaken, maar straalt uit naar het oor en neemt toe bij het bewegen van de kaken.

RUTH MOULTON (1959) is de verwantschap niet ontgaan en ze vraagt zich af of er geen gevallen zijn, waarbij het stellen van de diagnose Syndroom van Costen of “Atypical Facial Neuralgia” niet afhankelijk is van de meer mondheilkundige, dan wel meer psychiatrische oriëntatie van de onderzoekende arts.

3.6 *Op zoek naar andere psychiatrische mededelingen over het Syndroom van Costen*

Verder werden in de ons toegankelijke psychiatrische literatuur geen mededelingen over het Syndroom van Costen gevonden.

Zo vermelden WEISS en ENGLISH (1957) bijvoorbeeld in “Psychosomatic Medicine” slechts het symptoom bruxisme. In het boek van MENG (1952), „Psychologie in der zahnärztlichen Praxis” zal men tevergeefs naar een beschrijving van het Syndroom van Costen zoeken. Tandenknersen, mond, lip- en wangbijten worden daar wel genoemd.

BASTIAANS (1957), die vele psychosomatische syndromen beschreef,

deelt mede, dat patienten met een zogenaamd „ulcuskarakter” in voor hen moeilijke perioden blijf geven van een krampachtige gespannenheid, vooral van de kauwspieren, die zich waarneembaar kan manifesteren in gespannen trekken om de mond en hypertrofie van de kauwspieren.

3.7 Onderzoekingen met controlegroepen

Onderzoek met controlegroepen bij lijders aan het Syndroom van Costen werd in de geraadpleegde literatuur in het geheel niet vermeld. Wel is er een onderzoek met controlegroepen bekend van lijders aan bruxisme. VERNALLIS (1955) onderzocht 40 personen met het symptoom bruxisme en een controlegroep, die geen klachten over bruxisme hadden.

VERNALLIS meent, dat er tussen bruxisme en “anxiety”, “hyperactivity” en “hostility” een verband bestaat in dier voege, dat men bij lijders aan bruxisme deze kenmerken in sterkere mate vindt dan bij mensen die niet aan bruxisme lijden. De beide groepen werden onderzocht met de „Rorschachtest”, “Four Blacky Pictures”, “The Manifest Anxiety Scale (Taylor)”, “The Cooperativeness Hostility Scale” van de “Guilford Temperament Survey”, de “MMPI Hypomania Scale” en een achtpuntschaal om agressiviteit te meten, die speciaal voor dit onderzoek was ontworpen.

Er bleek een positieve correlatie te bestaan tussen bruxisme en angstige spanning. Voor de agressiviteit werd dit niet geheel duidelijk, maar het werd wel waarschijnlijk geacht. Ook tussen „overactiviteit” en bruxisme bestond een positieve correlatie. VERNALLIS vroeg zich echter af, of men aan dit gegeven eigenlijk wel betekenis moet hechten en of bruxisme niet al bij voorbaat overactiviteit insluit.

3.8 Een kritische terugblik op de in dit hoofdstuk vermelde gegevens

RUTH MOULTON is, voorzover dat is na te gaan, de enige psychiater geweest die een serie lijders aan het Syndroom van Costen min of meer uitvoerig heeft beschreven.

Het valt op, dat 11 van de 35 door haar beschreven patienten psychotisch waren. Vijf waren duidelijk depressief en zes werden schizofreen genoemd. Hierbij dient overwogen te worden, dat het

begrip schizofrenie in Amerika veel ruimer opgevat wordt dan in Europa. Men vraagt zich ook af, of voor het Amerikaanse begrip „psychotic” niet hetzelfde geldt.

Daarnaast dient men er echter tevens rekening mede te houden, dat RUTH MOULTON een geselecteerde groep patienten beschreven heeft.

Een selectie, die bijvoorbeeld tot stand kon komen, doordat de mondspecialist slechts naar de psychiater verwees, indien de patient zich bijzonder afwijkend gedroeg. Hierover geeft zij zelf geen uitsluit.

Wat de beschrijving van de psychodynamiek betreft, blijft RUTH MOULTON enigszins aan de oppervlakte. Haar beschrijving toont enkele trekken die eigen zijn aan het Noordamerikaanse cultuurpatroon. GRINKER en ROHBINS (1954) gaan veel dieper op de psychodynamiek in, maar bespreken slechts 1 patient. Opvallend is de verwantschap met de hysterische aangezichtspijn van ENGEL.

Onderzoekingen over het Syndroom van Costen met controle-groepen ontbreken volledig. Het testpsychologisch onderzoek van VERNALLIS bij patienten met bruxisme en een controlegroep waarvan de leden niet lijden aan bruxisme, vermag deze leemte niet op te vullen. Opmerkelijk was bij dit onderzoek, dat het verband tussen bruxisme en agressieproblematiek niet bewezen kon worden, al werd het door de auteur wel waarschijnlijk geacht.

Men vraagt zich af, waarom RUTH MOULTON geen onderzoekingen heeft gedaan met controlegroepen, terwijl deze methode haar bekend is. Het lijkt niet te gewaagd te veronderstellen, dat zij de invloed van psychische factoren bij het ontstaan van het Syndroom van Costen zo evident vindt, dat zij niet de behoefte gevoelt, om deze zienswijze door een onderzoek met controlegroepen meer achtergrond te geven.

In dit hoofdstuk kwamen de psychodynamische aspecten nog iets uitvoeriger aan de orde dan in het vorige. In hoofdstuk 4 zullen we trachten de algemeen psychologische betekenis van mond en kauwstelsel te belichten.

Hoofdstuk 4

ENKELE BESCHOUWINGEN OVER DE PSYCHOLOGISCHE BETEKENIS VAN MOND EN KAUWSTELSEL

4.1 De grote diversiteit in functie

Mond en kauwstelsel zijn onder andere betrokken bij de ademhaling, de voedselopname, de spraak en de zintuigelijke waarneming. Bovendien hebben zij een psychomotorische functie.

Door middel van hun motorische functie is het mogelijk mond en kauwstelsel te gebruiken voor handelingen, die liggen buiten het directe gebied van de reeds genoemde functies. Men zou hier bijvoorbeeld kunnen noemen manipulaties met allerlei voorwerpen en de rol, die de mond speelt bij gevoelsmatige contacten zoals tijdens de kus.

De mondorganen kunnen niet alleen actief worden gebruikt, maar kunnen onder andere ook passief bewerkingen van mondheilkundige aard ondergaan.

Overdenkt men het bovenstaande en overweegt men daarbij hoeveel handelingen mogelijk zijn binnen het kader van ieder van de genoemde functies, dan springt de grote diversiteit (БОЕКЕ, 1961) in mogelijkheden om mond en kauwstelsel te gebruiken in het oog.

Van het bovenstaande vinden we in het taalgebruik als het ware de pendant. Bijzonder gevarieerd komen de mogelijkheden om de functies en de benamingen van sommige organen van mond en kauwstelsel te gebruiken in allerlei uitdrukkingen en zegswijzen naar voren.

4.2 Mond en kauwstelsel in het taalgebruik

Daar het onderwerp van dit proefschrift niet van taalkundige aard is, zullen de beschouwingen een beperkt karakter dragen. Er zal slechts de aandacht worden gevestigd op enkele zegswijzen en benamingen, die te maken hebben met sommige aspecten van het

menselijk gevoelsleven. Hierbij zullen ook wel eens uitdrukkingen uit een andere taal worden genoemd.

In de eerste plaats bestaan er uitdrukkingen, die gevoelens weergeven uit de sfeer van het „kwaad zijn”, de wil de ander te vernietigen of te onderwerpen, al of niet met het gebruik van geweld. Men kan hier bijvoorbeeld noemen: „De tanden laten zien”. „Tandenknarsen van woede”. „Iemand op zijn bek slaan”. „Iemand de mond snoeren”. „Clouer quelqu’un le bec”. „Casser la gueule à quelqu’un”. „Ein Mund wie ein Schwert”.

Andere uitdrukkingen kunnen een zekere verbeterheid weergeven: „Verbeten volhouden”. „De spits afbijten”. „Door de zure appel heenbijten”. „Zich verbijten”. „De tanden op elkaar zetten”.

Verwant met de verbeterheid is soms het zich inhouden, dat samen gaat met onlust, waarbij men zich tegenover anderen niet wil of kan uiten. Zoals men wel doorvoelen kan bij uitdrukkingen als: „Iets moeten slikken”. „Zijn moeilijkheden opkauwen en opeten”. „Zich op(vr)eten”. „Zich de tong afbijten”.

Een uitdrukking als: „Met grote heren is het kwaad kersen eten”, brengt bijvoorbeeld de beduchtheid voor de ander tot uitdrukking.

Het gehinderd zijn door de ander kan weergegeven worden door een uitdrukking als: „Hij zit me op de lip”.

Een gevoel van onderworpenheid en vleierij komt naar voren in uitdrukkingen als: „Lippendienst verlenen”. „Iemand honing om de mond smeren”.

Bij een existentiële bedreiging zegt men wel: „Het water staat hem aan de lippen”.

Gevoelens van zelfverwijt beluistert men in: „Avoir des remords”. „Gewissensbisse”. „Aan het geweten knagen”.

Veel mensen uiten hun liefde door uit te roepen, dat ze deze of gene wel kunnen „op(vr)eten”.

Zegswijzen die te maken hebben met de vergankelijkheid van alle leven liggen voor het grijpen. Zo kennen we: „Als je geen tand meer hebt, krijg je een „Leeuw” ”. „Een mond als een kerkhof”. „Avoir la mort entre les dents”. „Einem den Mund voller Zähne wünschen”.

Mond en kauwstelsel kunnen gedachten oproepen aan de menselijke geslachtsorganen. Een onderwerp dat gemakkelijk allerlei gevoelens wakker roept. In dit verband wijst Rümke (1953) erop, dat „uitsteeksel” een betekenis is van het woord „tand” en dat er talen

zijn, waar hetzelfde woord dient om de tand en de penis aan te duiden. In deze betekenis kennen wij het woord „tand” niet, wel gebruiken wij in onze taal de benaming „schaamlip”.

Er zijn ook uitdrukkingen, die betrekking hebben op willekeurige niet nader gespecificeerde gevoelens: „Het hart op de tong dragen”. „Waar het hart vol van is, loopt de mond van over.”

Soms vindt men het woord „mond” gebruikt in betekenissen, die, al of niet met affect beladen, de totale persoonlijkheid aanduiden. Dit is bijvoorbeeld het geval in uitdrukkingen als: „Er zijn vele monden te voeden”. „Les gueules- cassées”.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt, dat functies en benamingen van mond en kauwstelsel in allerlei zegswijzen gebruikt worden, om een grote verscheidenheid van menselijke gevoelens weer te geven. De meest sprekende uitdrukkingen behoren vaak niet tot de beschaafde taaluitingen, maar zijn dan ook meestal des te meer verworteld met het menselijk affect.

4.3 Het hoofd en het gelaat in het taalgebruik

Vraagt men zich af, waarom op deze plaats ook een korte bespreking wordt gewijd aan het hoofd en het gelaat, dan zijn hiervoor twee redenen. In de eerste plaats maakt de mond deel uit van het gelaat en het hoofd. Ten tweede heeft onze studie betrekking op het Syndroom van Costen, waarbij hoofdpijnlachten en aangezichtspijnen vaak een belangrijk aandeel hebben in het complex van symptomen.

Bij mond en kauwstelsel werden reeds uitdrukkingen besproken, die te maken hadden met gevoelens van boosheid. Hier kunnen genoemd worden uitdrukkingen als: „Houd je kop (hoofd) dicht”. „Iemand op zijn gezicht geven”. „Iemand op zijn ogen slaan”.

Het gezicht kan taalkundig gezien met het zelfgevoel of het aanzien te maken hebben. Dit is duidelijk in uitdrukkingen als: „Zijn gezicht verliezen”. „Iemand door een bepaalde bejegening een klap in het gezicht geven”. „We zijn neus schendt, schendt zijn aangezicht”. Soms wordt het woord „hoofd” gebruikt met betrekking tot de gehele persoonlijkheid of de gehele existentie. Dit gebeurt bijvoorbeeld in uitdrukkingen als: „Zijn hoofd op het spel zetten”.

„Mijn kop eraf als . . .”. „De vloot is met tienduizend koppen bemand”.

Reeds op het eind van de vorige paragraaf bleek ons dat men met behulp van de benaming van functies en van organen van mond en kauwstelsel in bepaalde zegswijzen en uitdrukkingen allerlei menselijke gevoelens kan weergeven. In de volgende paragrafen zullen we met enkele voorbeelden op betrekkingen van bedoelde functies en organen tot andere uitingen van het menselijk leven wijzen.

4.4 *Mond en kauwstelsel in andere culturen*

Puberteitsriten in andere culturen dan de onze, gaan vaak gepaard met het uitrusten of afvlijen van een tand. De tand wordt begraven en men gelooft dat de ziel van de drager tussen twee incarnaties bij deze tand terugkeert. Bij andere stammen vindt, in plaats van een kunstbewerking aan de tanden, de besnijdenis plaats. De voorhuid wordt daar op dezelfde wijze behandeld. Het leven blijft als het ware bewaard bij tand of voorhuid tot een nieuwe incarnatie plaats vindt (BETTELHEIM, 1962; RÜMKE, 1953).

We vinden hier iets terug van wat we in de vorige paragraaf vermeldde inzake het taalgebruik, namelijk een zekere „verwantschap” tussen de penis en de tand.

Tanden worden ook wel gebruikt als amulet (HEILER, 1961). Zij schenken kracht en beschermen de drager.

Bij sommige volksstammen bestaat het geloof, dat indien men een tand in een vijver werpt, er leliën in zullen gaan bloeien. In andere streken is het niet geoorloofd, dat iemand die hiaten in zijn gebit heeft, een maisveld inzaait (RÜMKE, 1953).

Uitval van de tanden is bij sommige volkeren een teken, dat de betrokkene het taboe heeft overschreden (FRAZER, 1940; RÜMKE, 1949).

Bezien we deze voorbeelden, dan kristalliseren zich blijkbaar rond het begrip „tand” bij sommige volkeren gevoelens uit, die verbonden zijn met het leven zelf, met vruchtbaarheid, met levenskracht, kortom met aspecten, die beschouwd worden te behoren tot de diepste menselijke zijnsgronden.

In ons taalgebruik vinden we hiervan nog iets terug in die uitdrukkingen en begrippen, waar men gebruik maakt van het woord

„tand” om de vitaliteit en ook de vergankelijkheid van het leven weer te geven.

4.5 *Enkele religieuze gegevens waarin mond en kauwstelsel een rol spelen*

In de mythen van vele volkeren wordt verhaald hoe de ziel 's nachts het lichaam verlaat door de mond. De belevenissen van de ziel op haar omzwervingen heten dan als dromen tot de slapende te komen. Zien we ook niet op oude prenten, hoe de ziel het lichaam verlaat door de mond, als de mens de laatste adem uitblaast?

Indien de mythe datgene symboliseert wat te eniger tijd leeft in een volk, dan verschijnt de mond hier wel als een uitermate gewichtig orgaan, dat het mogelijk maakt aan de ziel om het lichaam te verlaten, dat wil zeggen dat zij ten diepste verbonden is met de totale existentie van die mens, voor wie dit mythisch gegeven nog betekenis heeft.

Bij het taalgebruik vinden we dit enigszins terug in die uitdrukkingen, waar het woord „mond” gebruikt wordt om de totale persoonlijkheid aan te geven.

Een ander zeer bekend gegeven uit het volksgeloof is, dat een vrouw door een vis - die weliswaar zeer bijzondere kwaliteiten moet bezitten - op te eten, zwanger kan worden. De hedendaagse mens is geneigd bij een dergelijk gegeven gevoelsmatige verbanden te vermoeden tussen het begrip „mond” en het uitwendig vrouwelijk genitaal. Een en ander herinnert aan hetgeen besproken werd bij het taalgebruik (4.2).

Nog heden ten dage worden relequieën vereerd van de heilige Apollonia. Allen die haar lijden gedenken, zouden nooit meer door kiespijn bezocht worden (MENG, 1952). De legende verhaalt dat zij, omdat zij zich bekeerd had tot het Christendom, of omdat zij, zoals een andere versie luidt, afgodsbeelden aangeblazen had, geselsd werd door de heidenen. Een van de martelingen, die zij had te doorstaan, was dat haar tanden uitgeslagen werden.

Blijkbaar moet hij, die geacht wordt datgene te beledigen dat te maken heeft met de bestaansgrond of die de taboes overtreedt, hiervoor boeten doordat hem levenskracht ontnomen wordt. Hiervan zijn de tanden in sommige culturen het symbool, terwijl wij in het taalgebruik al zagen, dat er uitdrukkingen bestaan, waarbij men het

woord „tand” gebruikt in verband met de vergankelijkheid van het leven. In sommige culturen is, zoals reeds besproken werd, tanduitval ook een teken van overtreding van taboes.

Bovendien weten we uit het taalgebruik, dat in bepaalde uitdrukkingen benamingen van functies en organen van mond en kauwstelsel kunnen dienen om gevoelens van woede en boosheid uit te drukken. Het is zo voorstelbaar, dat hij die zich wil wreken, de ander zal treffen in datgene, dat ook bij hemzelf verbonden is met gevoelens van woede en kwaadheid, dat wil zeggen dat de woede zich richt tegen mond en kauwstelsel van de ander.

4.6 *Waardering van mond en kauwstelsel in onze cultuur, toegelicht met enkele voorbeelden*

Religieus gefundeerde openbare puberteitsriten kent onze cultuur niet. Wel was het kiezentrekken vroeger op jaarmarkten een openbare manifestatie, waarbij de geëxtraheerde kies onder de bijval van het verzamelde volk werd getoond. Een schilderij van Jan Steen (1626—1697) getuigt van een dergelijk schouwspel. (De kwakzalver, Rijksmuseum 2241.) Het verzamelde volk geniet van het lijden van de ander, ondertussen zich gelukkig prijzend niet zelf het slachtoffer te zijn. Hierbij worden blijkbaar zeer primitieve gevoelens aangesproken en bevredigd.

Men behoeft echter niet terug te gaan tot het verleden om op het gebied van mond en kauwstelsel allerlei merkwaardigs waar te nemen. Zo meent men bijvoorbeeld nog altijd dat het fysiologische gebeuren van de tanddoorbraak extreem pijnlijk zou zijn. Allerlei ziekten worden aan de tanddoorbraak toegeschreven. Vroeger werd in sommige medische handboeken aanbevolen om scarificaties aan te brengen, om zo de tanddoorbraak te vergemakkelijken en menig kind zou in het tijdperk voor de antisepsis, als gevolg van deze kunstbewerking aan een bloedvergiftiging, bezweken zijn (PETERHANS, 1952).

Verondersteld wordt, dat de tanddoorbraak van het kind angstgevoelens bij de ouders wekt. Men stelt zich voor, dat er dan een onbewuste angst bestaat bij de ouders voor de toekomstige agressie van het kind.

FREUD vermeldt in dit verband in „Totem und Tabu” (1912), dat

er stammen zijn, waar de zoon de vader op kannibalistische wijze vermoordt.

De volwassene kan, hetzij min of meer manifest agressief, hetzij overdreven bezorgd, zijn agressie op deze wijze ontkennend, op de randdoorbraak van het kind reageren. Het ene uiterste wordt als het ware gesymboliseerd in het aanbrengen van scarificaties bij „dentitio difficilis”, een ander uiterste vermeldt БОЕКЕ (1961), namelijk het appliceren van pijnstillende zalven op het tandvlees, zodra de tanddoorbraak zich aankondigt.

Onder het „volk” zou het geloof leven, dat als een kindje ongevoelig vroeg tandjes krijgt, de moeder snel weer zwanger wordt. Dit kan men natuurlijk min of meer rationeel verklaren. Indien een kind tandjes krijgt, wordt het gespeend en een moeder, die niet zoogt, heeft een relatief grotere kans om weer zwanger te worden. Er zit echter aan deze opvatting ook een symbolische kant, namelijk het onbewust „weten”, dat de tanden te maken hebben met levenskracht en met vruchtbaarheid.

RÜMKE (1953) bespreekt naar aanleiding van deze opvatting een patiënte, die gedurende een pentothalroes vertelde, dat zij haar uitgevallen tanden had begraven, opdat haar zuster, die kort tevoren een kind verloren had, snel weer zwanger zou worden. Hier worden magische handelingen verricht met tanden, met als doel het ontstaan van nieuw leven te bevorderen.

Hoewel men in onze cultuur niet het gebruik kent van de tand als amulet, bewaren velen het eerst gewisselde tandje van hun kind. Sommige mensen bezitten dozen vol tanden. Anderen laten kindertandjes in sieraden verwerken.

We leerden de tanden reeds kennen als de symbolische dragers van datgene, dat de mens verbindt met leven en dood. Zo hebben dromen waarin de tanden een rol spelen, in sommige streken onheilvoorspellende betekenis.

Rond het verval van het gebit leven gedachten over ouder worden, lelijk worden, afgedaan hebben, kortom over de vergankelijkheid van het leven. Manipulaties aan het gebit in verband met zijn verval kunnen gevoelens van tegenzin, afschuw en angst wekken. Als iemand een kunstgebit nodig heeft, kan dit voor hem en voor hen die hem na staan grote emotionele betekenis hebben. De opa die speelt met zijn kunstgebit kan zijn kleinkind „heerlijk” laten grie-

zelen. Hierbij ontmoeten we weer de afschuw, nu vermengd met een weinig lustgevoel. Het kan echter ook voorkomen, dat een goed passend kunstgebit overmatig gewaardeerd wordt en dat men merkwaardig weinig hecht aan het bezit van de eigen tanden. Een en ander is ook mede onderhevig aan mode en cultuur.

Meestal zal men proberen een nieuwe kroon te verkrijgen, die zo goed mogelijk past bij zijn oorspronkelijk gebit, omdat men zich schaamt voor het defect. Er zijn er echter ook velen voor wie een gouden kroon op een goed zichtbare plaats een statussymbool is.

We bespraken reeds bij de kiesextractie in het openbaar, dat de mens zich hierbij in bijzondere mate in agressief opzicht bevredigd voelt. Gezicht, mond en tanden zijn dan ook geliefde objecten om manifeste agressie aan te bevredigen. We herinneren aan de gewoonte om bij vechtpartijen in sommige dorpsgemeenschappen elkaar bij voorkeur in het gezicht te kerven met het mes, het zogenaamde bekkesnijden.

Een vorige generatie van academici in een naburig land liet zich bij voorkeur fotograferen aan die kant van het gezicht, waar het litteken over de wang, bewijs van een doorgemaakt duel, zichtbaar was.

Ook in de concentratiekampen gedurende de laatste wereldoorlog waren de mond en de tanden geliefkoosde mikpunten voor bevrediging van sadistische impulsen.

In onze cultuur tonen vele vrouwen met trots een fraai gevormde mond en blinkende tanden. De mond is dan ook de enige erogene zone die niet taboe is (BOEKE, 1961), integendeel, de mond en het zichtbare gebit behoren tot het aanzien in de meest letterlijke zin van het woord. In sommige Mohammedaanse landen bedekt de vrouw echter het onderste gedeelte van het gelaat. Aan vreemde mannen wordt dit niet getoond. De prostituée gaat ongesluierd haar weg. De psychoanalytisch geschoolde is geneigd hier een symbolisch verband te vermoeden tussen de monddopening en het vrouwelijk uitwendig genitaal.

In een restaurant in de omgeving van een onzer grote steden prijkt op de ene deur van twee localiteiten in dienst van de menselijke uitscheidende functie een tabakspijp en op de andere deur een vrouwemond. De vrouwemond wordt hier gebruikt als symbool voor de vrouw in het algemeen.

Mond en kauwstelsel zijn niet alleen betrokken op het driftmatige maar onder andere ook, zoals we in een volgende paragraaf zullen zien, op menselijke strevingen van geestelijk niveau.

4.7 Iets over mond en kauwstelsel in de relatie tot de ander

Behalve door middel van de spraak en hieraan verwante expressieve functies kunnen mond en kauwstelsel nog op andere wijze van betekenis zijn voor de intermenselijke communicatie.

Daar is om te beginnen de kus op wang en mond, die kan dienen tot simpele begroeting, maar daarnaast toch ook een ten dele erotisch karakter draagt. De drang naar een zeer intiem lichamenlijk contact kan op deze wijze gesymboliseerd en geuit worden. Dit doet ons denken aan de rol van de vrouwemond als symbool van het vrouwelijk genitaal, zoals dit bekend is uit de psychologie van de droom bij neurotici en normalen.

Soms wordt tijdens het liefdesspel gebeten in plaats van gekust. Zonder dat dit een volledige verklaring inhoudt, wordt men hier herinnert aan de uitdrukking: „Iemand van liefde wel op kunnen (vr)eten”.

De kus heeft echter naast haar erotische betekenis en haar functie als vorm van begroeting een veel wijdere strekking. Spreekt men niet van de kus des vredes en verzoent men zich niet na een ruzie in de letterlijke zin van het woord.

Er zijn nog wel andere mogelijkheden, om door middel van mond en kauwstelsel wel of niet in relatie te treden met de ander.

Zo kan men het contact met de ander afweren door de mond gesloten te houden.

Door spuwen op de grond of door de ander in het gezicht te spuwen, kan men zijn minachtig voor de betreffende tot uitdrukking brengen. Het is waarschijnlijk nog krenkender dan verbale agressie of een klap in het gezicht.

Men observeer bij zichzelf maar eens de opkomende grote verlegenheid, indien in het vuur van het gesprek een weinig speeksel in het gezicht van de ander belandt. Men beleeft dit daarom als zo beschamend en storend voor de relatie, omdat men „vies” is van het speeksel van de ander.

De esthetische schoonheid van mond en kaakgebied speelt een rol in de relatie tot de ander. Deze schoonheid is afhankelijk van

harmonische orofaciale verhoudingen (LIESELOTTE KIRCHNER, 1958), maar wordt ook min of meer bepaald, zoals we reeds zagen door mode en cultuur. Het pruimemondje en de zoetelijke madonnamond zijn niet meer in tel. Tegenwoordig begeert de mannelijke partner een wat jongensachtige ferme mond, zonodig nog iets geaccentueerd met lipstick. Voor de tandpastareclame is de "kiss-me-quick-smile" zeer gebruikelijk (VAN GROENINGEN, 1960, BOEKE, 1961). De misvormde mond kan de expressieve mogelijkheden verstoren én door haar onaantrekkelijkheid én door de bij de drager gewekte minderwaardigheidsgevoelens.

Eten en drinken zijn belangrijke fysiologische functies van mond en kauwstelsel. Zij reiken echter in hun betekenis ver uit boven hun fysiologische functie.

Het eten heeft zijn eigen orde. Het geschiedt op vaste tijden. Men doet het in gemeenschap. De maaltijden worden vaak op enigszins plechtige wijze begonnen en beëindigd.

Het eten is opgenomen in de totaliteit van het levensritme. Het symboliseert als gemeenschappelijke verrichting, dat men tot een gemeenschap behoort. De banden die de leden van deze gemeenschap verbinden, zijn van intieme aard en laten iets zien van hun speciale karakter, door het feit dat men zich niet wenst te laten observeren, noch zich te laten storen tijdens deze verrichtingen.

Het gezamenlijk genot van een goed glas kan niet alleen een grote bekoring hebben, maar ook verbonden zijn met existentieel belangrijke feiten of waarden. Men denke bijvoorbeeld aan de heildronk.

Maaltijden kunnen deel uitmaken van feesten en plechtigheden. Zo heeft het Heilig Avondmaal voor de gelovige Christen grote betekenis. Men viert samen met de medegelovige de gemeenschap met God.

Zo strekt de betekenis van mond en kauwstelsel zich uit van het alledaagse en de meest primitieve behoeften tot het existentiële en het sacrale.

4.8 *Er wordt een kies getrokken*

Ter gedeeltelijke illustratie van het voorafgaande wordt een voorval vermeld, dat iemand uit onze kennissenkring is overkomen. Tevoren was toestemming verkregen om een en ander in deze vorm te publiceren.

In de zomer van 1944, op het eind van de laatste wereldoorlog, krijgt de betreffende op een dag hevige kiespijn. Hij bevindt zich als onderduiker in een zeer afgelegen dorpje. Om veiligheidsredenen wil hij niet naar de tandarts in de stad. Hij besluit zijn kies te laten trekken door de huisarts. Hij maakt zijn besluit bekend aan een paar andere dorpelingen en één van hen, wiens taak het is boodschappen aan de dokter door te geven, belt de geneesheer in het naburige stadje op en verzoekt hem een extractietang mee te nemen. Vervolgens beraadslagen de geraadpleegde dorpelingen, waar de extractie plaats zal vinden. Besloten wordt, dat dit in de open lucht zal geschieden. De oudste man van het dorp stelt zijn armstoel ter beschikking.

De stoel wordt klaargezet en al spoedig is het in het hele dorp bekend, dat er een kies getrokken zal worden. Tegen de tijd dat de dokter verschijnt, hebben zich een twintigtal mannen verzameld.

Onze patient neemt plaats in de stoel, slaat de beide onderarmen onder de stoelleuning door en haakt de handen in elkaar en met het voornemen geen kík te geven, opent hij de mond. De dokter gaat aan het werk en onder de aanmoedigende kreten van de omstanders wordt zonder verdoving een forse kies geëxtraheerd. Als de bewerking klaar is, gaat de aanmoediging over in bewondering. Zo'n „grote” kies zagen ze zelden. Onze vriend heeft zich dapper geweerd. Nadat de dokter vertrokken is, komen de tongen los. Het loffelijk gedrag van de patient wordt hogelijk geprezen. In de verhalen van de deelnemers aan het kijkspel neemt de kies steeds groter afmetingen aan.

Onze kennis, hoewel in deze gemeenschap volledig geaccepteerd, voelt zich sinds de kiesextractie veel meer één met de andere leden van de dorpsgemeenschap. Nog jaren draagt hij de „grote” kies in een luciferdoosje bij zich.

Later als semi-arts vervangt hij een collega op het platteland. Hij weigert kiezen te trekken. Tot op een dag een patient zich niet naar de tandarts wil laten verwijzen. Onze vriend extraheert het element. Sindsdien trekt hij bij voorkomende gelegenheden met wellust kiezen.

Nog later gaat de betreffende trouwen. Van tijd tot tijd als hij zijn vrouw wil laten „griezelen”, stopt hij stilletjes de grote kies in haar hand. Dit valt voor in de eerste jaren van het huwelijk. Nadat er enige kinderen geboren zijn, houdt onze vriend op met dit soort plagerijtjes. Nog later „verliest” hij de kies.

In het bovenstaande verhaal komen een aantal merkwaardige feiten aan het licht. In de eerste plaats bepalen noch de patient, noch zijn behandelende arts, waar de geneeskundige behandeling zal plaats vinden. Het is een „commissie” uit de dorpelingen die dit beslist.

Betekenisvol lijkt ook dat de oudste man uit het dorp zijn armstoel, een soort „erezetel” voor dit doel beschikbaar stelt.

Opvallend is dat de dokter, die bekend staat als een collega, die zich streng houdt aan de regels van de beroepsethiek, rustig in het openbaar, zonder dat hiervoor enige noodzaak bestaat, een medische kunstbewerking aan een patient verricht.

Het lijkt wel of het feit van de tandextractie een groepsgebeuren doet ontstaan, waaraan alle leden van de groep zich critiekloos onderwerpen en waarvan men zou kunnen veronderstellen, dat het te weeg gebracht wordt door bepaalde groepsinstincten.

De groep geniet ook zeer van het schouwspel. Maar niet alleen

de groep wordt op bijzondere wijze bevredigd, de patient krijgt de gelegenheid te tonen, wat voor een dappere kerel hij is. Hij geeft als het ware een proeve van bekwaamheid, die hem waardig maakt deel uit te maken van de groep. Wie wordt hier niet herinnerd aan puberteitsriten in andere culturen.

Zonder dat onze patient het heeft beseft, is de kiesextractie in emotioneel opzicht niet aan hem voorbijgegaan. Jarenlang draagt hij de „grote kies” nog bij zich, niet als een amulet, maar ergens leeft het vage besef, dat er „iets” mee is. Dat hij niet zo dapper is, als hij heeft doen voorkomen tijdens de extractie blijkt wel, als hij later aanvankelijk weigert, om bij zijn patienten kiezen te trekken. Hij overdekt deze gevoelens, door tot de op zichzelf juiste vaststelling te komen, dat het zijn beroepsplicht is, mensen met kiespijn naar hun tandarts te verwijzen.

Nadat hij echter door een van zijn patienten over de barrière van zijn angstgevoelens is heengeholpen, gaat hij kiezen extraheren bij daarvoor in aanmerking komende patienten, hetgeen hem niet alleen bijzondere lustgevoelens schenkt, maar waarbij hij tegen zijn principe ingaat. We zien hier een fenomeen, dat enige analogie toont met wat zich afspeelde bij het extraheren van de „grote kies” jaren te voren.

We zagen reeds dat mijn vriend in wezen niet zo dapper is. Hij gaat echter ook gebukt onder insufficiëntiegevoelens en twijfelt diep in zijn hart, zonder dat dit hem direct bewust is, aan zijn man-zijn. De kies dient, zonder dat hij dit weet, om steeds weer te bevestigen, dat toen, tijdens de extractie, eens en vooral bewezen is, dat hij een „echte dappere volwassen man” is.

Later is hij inderdaad rijper en heeft hij niet meer de onbewuste behoefte, dit met behulp van de kies zichzelf steeds weer opnieuw te bewijzen. Dat is waarschijnlijk de betekenis van het „verliezen” van de kies.

In gesprekken met de betreffende kwamen gegevens naar voren, die de bovenstaande voorstelling van zaken plausibel maakten.

4.9 *Laesies aan de mond en hun perceptie*

RÜMKE (1953) heeft er op gewezen dat een laesie of een kunstbewerking in de mond de indruk kan geven, dat het gaat om ruimtelijke veranderingen, die de werkelijkheid verre overtreffen. Het-

zelfde kan men waarnemen bij hinderlijke laesies op andere plaatsen van het eigen lichaam, die liggen buiten het bereik van het eigen gezichtsveld.

Zonder dat dit een nadere verklaring geeft, zou men dit fenomeen ook kunnen omschrijven als een partiële tijdelijke verandering of stoornis in wat men wel het lichaamsschema noemt. In de literatuur vindt men beschreven, dat het lichaamsschema parallel aan de rijping van de persoonlijkheid een zekere ontwikkeling doormaakt (VAN GROENINGEN, 1960).

PIERLOOT (1950) stelt dat het lichaamsschema onder invloed van emoties aan veranderingen onderhevig kan zijn. Het lichaamsschema is dus geen statische grootheid, maar kan veranderen onder invloed van verschillende factoren.

Zonder ons in al te uitvoerige neuro-anatomische beschouwingen of teleologische interpretaties te verdiepen, kan gesteld worden dat de grote mogelijkheden om mond en kauwstelsel aan te wenden zich afspiegelen in hun sensomotorische vertegenwoordiging op de cortex cerebri.

Interessant zijn in dit verband de onderzoeken van PENFIELD en BOLDREY (1937), die de motorische en sensorische prikkelbaarheid van de cortex cerebri onderzochten. Brengt men de prikkelpunten in kaart op de hersenschors en tekent men de bijbehorende hierop reagerende onderdelen van de organen in, dan ontstaat op de hersenschors het beeld van de bekende homunculus.

De handen zijn het best vertegenwoordigd in de sensorische en motorische velden. De duim neemt een zeer grote plaats in. Lippen en kaak zijn in het motorische veld goed vertegenwoordigd. In het sensorische veld is de tong belangrijk, dan volgen lippen, aangezicht, kaken en tanden.

WRIGHT (1956) kon de frequentie van het gebruik van de benamingen van bepaalde lichaamsdelen in de taal positief correleren met de uitgebreidheid van de sensomotorische vertegenwoordiging van het betreffende lichaamsdeel op de hersenschors.

Uit wat in dit hoofdstuk besproken is, wordt het belang van mond en kauwstelsel voor het gevoelsleven van de mens duidelijk. Dit geldt eveneens voor de mens, die in zijn gevoelsleven gestoord is.

In het volgende hoofdstuk zal getracht worden op een meer specifieke psychiatrische wijze de plaats van mond en kauwstelsel in het gevoelsleven van de mens te bespreken. Daartoe zal het noodzakelijk zijn ook beschouwingen te geven over de structuur van de menselijke persoonlijkheid.

Wij zullen echter slechts datgene beschrijven, dat de visie op het Syndroom van Costen, zoals het ons uit de gerefereerde psychiatrische literatuur tegemoet treedt, kan verhelderen.

ENIGE ALGEMENE PSYCHODYNAMISCHE, PSYCHO-
GENETISCHE EN PSYCHOPATHOLOGISCHE
OVERWEGINGEN

5.1 *De psychoanalytische benaderingswijze van de menselijke persoonlijkheid*

Men kan zich afvragen of het noodzakelijk is, om het model dat de psychoanalytici zich gevormd hebben over de menselijke persoonlijkheid, hier te bespreken. Het gaat echter bij het Syndroom van Costen, althans volgens de gerefereerde psychiatrische literatuur, om neurotische mensen. Met behulp van het psychoanalytisch model van de persoonlijkheid krijgt men ons inziens het beste inzicht in de problematiek van de neurose. Andere benaderingswijzen zullen echter ook de revue passeren.

De psychoanalytici stellen zich de menselijke persoonlijkheid voor volgens een model dat is opgebouwd uit bepaalde functionele instanties. Onderscheiden worden: Het „Es”, het „Ik”, het „Opper-Ik”, en het „Ideaal-Ik”.

Als het „Es” heeft men zich die instantie van de persoonlijkheid gedacht, waaruit de driftimpulsen opwellen. Men onderscheidt agressieve- en seksuele driftmatige strevingen.

Het „Opper-Ik” of „Über-Ich” is dat aspect van de persoonlijkheid, dat het meest overeenkomt met wat men het geweten noemt. Het „Ideaal-Ik” vertegenwoordigt de idealen van het individu.

Het „Ik” is in dit systeem die instantie, die het mogelijk maakt, dat het individu kan functioneren in zijn milieu. Een van de taken van het „Ik” is onder andere de eisen uit de buitenwereld te integreren met de impulsen uit het „Es” en de eisen, die „Opper-Ik” en „Ideaal-Ik” stellen. Ten behoeve van de aanpassing van de persoonlijkheid beschikt het „Ik” over een aantal afweermechanismen.

ANNA FREUD (1946) noemt als afweermechanismen de verdringing, de regressie, de isolering van het affect, de reactieformatie,

het ongedaan maken, de introjectie of identificatie, de projectie, het zich richten tegen de eigen persoon, de omkering in het tegen-deel en de sublimatie. Deze afweermechanismen zijn ook eigen aan de gezonde persoonlijkheid en spelen niet alleen een rol bij de aanpassing van de persoonlijkheid en de integratie van tegengestelde strevingen, maar maken ook een gezonde ontwikkeling van de persoonlijkheid mogelijk (JEANNE LAMPL DE GROOT, 1961).

Het samenspel tussen de instanties van de persoonlijkheid geschiedt op onbewust niveau. Indien in het samenspel tussen „Es”, „Ik”, „Opper-Ik”, „Ideaal-Ik” en de eisen uit de buitenwereld een stoornis optreedt van zodanige aard, dat de afweermechanismen hun taak niet meer naar behoren kunnen vervullen, kunnen neurotische, somatische of zelfs psychotische symptomen optreden. Er dient rekening mede gehouden te worden, dat de beschreven functionele instanties gedragen worden door een biologisch substraat en dat de psychische integratie behalve van het samenspel der genoemde psychische instanties afhankelijk is van de biologische integratieve functies.

Volgens de psychoanalytische theorie wordt gesteld, dat de beschreven persoonlijkheidsopbouw niet direct bij de geboorte aanwezig is. Er worden verschillende stadia onderscheiden, die men benoemd heeft naar de fase, waarin zich de driftontwikkeling bevindt. Op weg naar de volwassenheid worden de orale fase, de anale fase, de fallische fase, de oedipale fase, de latente fase en de puberteit doorlopen. Wat ons onderzoek betreft valt de nadruk op de orale fase, de andere fasen zullen zeer summier worden besproken (zie ook: 5.3—5.5).

De orale fase heeft betrekking op dat stadium van de driftontwikkeling, waarin de driftbevrediging nog in hoofdzaak geschiedt aan de orale zone. In deze orale sfeer spelen zich echter nog allerlei andere belangrijke fenomenen af, die nog nader zullen worden besproken. De orale fase strekt zich uit tot in het begin van het tweede jaar en wordt onderverdeeld in een orale fase I en een orale fase II, ook wel zuig- respectievelijk bijtfase genaamd. Een andere naam voor de bijtfase is de oraalagressieve of kannibalistische fase. (ABRAHAM, 1916, 1924). Op de grens tussen de beide orale fasen ligt de dentitie.

De anale fase wordt gekarakteriseerd door het feit dat de excretorische functies en de lustbeleving aan de anale zone op deze pe-

riode hun stempel drukken. Tijdens deze fase vindt de zindelijkheidstraining plaats. De anale fase wordt onderscheiden in anale fase I en II. Tegen het einde van de eerste anale fase beginnen agressieve componenten een rol te spelen. Men spreekt dan wel in plaats van anale fase II, van de anaalagressieve of anaalsadistische fase. (ABRAHAM 1916, 1924).

Gedurende het derde levensjaar bevindt het kind zich in de falische fase.

In de volgende fase, de oedipale, gaat de toewending tot de ouder van het andere geslacht en de concurrentie ten opzichte van de ouder van hetzelfde geslacht een rol spelen.

Op het eind van de oedipale fase, omstreeks het zesde à zevende jaar vangt de latente fase aan, waarin de driftontwikkeling lijkt stil te staan. De grens tussen deze fase en de voorafgaande wordt ongeveer gemarkeerd door de tandwisseling.

In de puberteit gaat de oedipale problematiek opnieuw een rol spelen.

Volgens de psychoanalytische theorie kunnen stoornissen gedurende een bepaalde ontwikkelingsfase mede aanleiding zijn tot direct of op een later tijdstip optredende ziektesymptomen. Een dergelijke stoornis, die mede tot gevolg heeft dat er op een later tijdstip in de ontwikkeling ziektesymptomen optreden doet een „fixatie” ontstaan aan de betrokken fase, waardoor deze in het geheel van de persoonlijkheidsstructuur een relatief te grote rol gaat spelen. Bovendien wordt aangenomen, dat stoornissen gedurende een bepaalde fase van de ontwikkeling niet na zullen laten hun invloed te doen gelden op de ontwikkeling in een volgende fase.

Treden stoornissen op een later tijdstip in de ontwikkeling op, dan zou dit volgens de psychoanalytische theorie gezien moeten worden als samenhangend met een partiële terugval tot het niveau waaraan de oorspronkelijke fixatie opgetreden was. Een dergelijke terugval wordt „regressie” genoemd.

Bij schizofrene toestanden neemt men een regressie aan naar de eerste orale fase. De depressie kan men zien als een regressievorm, behorend bij de oraalagressieve fase. Paranoïde toestanden worden wel beschouwd als teruggaand op stoornissen in de eerste anale fase. De dwangneurose behoort in deze wijze van denken bij het anaalsadistische stadium. Van de hysterische neurosen wordt aangenomen,

dat zij terug te voeren zijn op stoornissen in de oedipale fase. (FLIESS, 1950).

Gezien de invloed van de opeenvolgende fasen op elkaars ontwikkeling dient men een bepaald toestandsbeeld niet slechts te zien als verbonden met een bepaalde ontwikkelingsfase, doch moet men de symptomen beschouwen tegen de achtergrond van de gehele persoonlijkheidsontwikkeling.

Niet alleen symptomen, maar ook karaktertrekken of het gehele karakter lijken soms het stempel te dragen van een bepaald ontwikkelingsstadium. Aan de invloed van de eerste vier ontwikkelingsperioden van het kind tot aan de latente fase wordt voor de persoonlijkheidsvorming en voor de genese van later optredende stoornissen groot belang toegekend. Bovendien zijn ze van minstens evenveel belang voor het begrip van de gezonde ontwikkeling. Latere levensperioden kunnen echter eveneens hun invloed laten gelden bij het tot stand komen van psychische afwijkingen. Herhaaldelijk werd reeds gesteld dat somatische stoornissen eveneens kunnen optreden. Op de genese en de psychische structuur en dynamiek zullen we terugkomen.

5.2 Enkele andere benaderingswijzen van de menselijke persoonlijkheid

Psychische symptomen in de ruimste zin van het woord worden volgens het gestelde in de vorige paragraaf beschouwd als de resultante van het samenspel tussen de driftmatige impulsen en de afweer van deze impulsen als gevolg van een tekortschieten van de psychische integratie.

Door zorgvuldige analyse zijn aan een symptoom de oorspronkelijke impuls en de afweer hiervan te herkennen.

Men kan echter de psychische fenomenen, zoals ze zich aan de beschouwer voordoen, ook op een andere wijze benaderen. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door de beoefenaars van de uitdrukkingsleer. Zij gaan ervan uit dat bepaalde affecten en karaktertrekken samen kunnen gaan met bepaalde uitdrukkingsbewegingen, gelaatstrekken en gebaren. (FRIJDA, 1958; LEONHARD, 1949; LERSCH, 1955; PIDFRIT, 1867; SCHACK, 1881).

Verondersteld wordt dat vaak terugkerende gemoedstoestanden een

blijvende gelaatstrek teweeg kunnen brengen (GRUHLE, 1948). Langs empirische weg is vastgesteld, dat er uitdrukkingsfenomenen bestaan, die door de beschouwer onmiddellijk kunnen worden verstaan. Dit is een wijze van beschouwen, die heel goed kan functioneren naast de psychoanalytische benaderingswijze en waarvan de psychiater in zijn dagelijks praxis veelvuldig gebruik maakt.

Niet iedere beweging die bij een affect wordt gemaakt, behoeft een uitdrukkingsbeweging te zijn (BUYTENDIJK, 1948). Zij kan bijvoorbeeld deel uitmaken van het geheel van meebewegingen, die een verandering in spiertonus in de verschillende lichaamsdelen kan teweegbrengen bij een verandering van de affectieve toestand.

Soms heeft een bepaalde gelaatsuitdrukking met het karakter of met de affectieve toestand van de desbetreffende niets te maken, maar is zij een gevolg van de bijzondere constellatie van het onderliggende bot of het bindweefsel of van een anomalie van de aangezichtsspieren. (GRUHLE).

Toch wordt er verband gelegd tussen lichaamsbouw en karakter. Er zijn onder andere door KRETSCHMER (1948) karaktertypen beschreven, waarbij overwegend een bepaalde gelaatsvorm voorkomt.

Naast direct affectief invoelend kan men de psychische fenomenen, die zich voordoen, bovendien bezien tegen de achtergrond van de verhouding van de mens tot zichzelf, tot zijn wereld en tot zijn lichamelijkeheid. Men gaat hier uit van de tegenstelling tussen het onbepaalde, niet objectiveerbare, vrije scheppende „Ik” als centrum van de persoon en het in norm vastgelegde, tot object geworden analyseerbare „Zelf” (v. D. HORST, 1946; JANSE DE JONGE, 1956).

Wat betreft de aanduiding „de mens en zijn wereld” denkt men hierbij veelal aan de relatie met de ander en „het staan in de wereld”, waarin soms de relatie tot de ganse kosmos en tot de transcendentie begrepen zijn. (RÜMKE, 1958).

In de relatie van de mens tot zijn lichamelijkeheid zijn in de eerste plaats begrepen de relaties in antropologische zin, die men onder andere aan kan voelen door inplaats van het woord „lichaam” het woord „lijf” te gebruiken. Het woord „lichaam” wordt hier gebruikt ter aanduiding van de „anatomische dingstructuur”, de term „lijf” voor de in relatie tot het „Ik” staande „bezielde lichamelijkeheid”.

Men kan nu een lichamelijke klacht zien in het kader van het „lijf”, de „bezielde lichamelijkeheid”, óf tegen de achtergrond van het „li-

chaam", door de zich voordoende fenomenen te beschouwen in een functioneel anatomisch-fysiologische context.

In het eerste geval zegt men, zijn kaak met de hand omvattend: „Ik heb pijn”, in het tweede geval: „Mijn kaak is niet in orde, zij veroorzaakt pijn”.

Men kan uitgaan van het feit dat sommige organen of orgaan-systemen worden beleefd als van vitaal belang. Omgekeerd kan een symptoom aan een bepaald vitaal orgaan ten dele uitdrukking geven aan een zich existentieel bedreigd voelen. Van bepaalde orgaansystemen kan men zich zo voorstellen, dat zij direct betrokken zijn op ondergangsbelevissen en doodsangsten. (JASPER, PRICK en VAN DE LOO, 1955). Men denke hier bijvoorbeeld aan de doodsangst bij lijders aan hartfobie. (KULENKAMPFF, 1964).

Bepaalde organen, een voorbeeld hiervan zijn de lichaamsopeningen, kunnen beleefd worden als meer te behoren tot de menselijke intimiteit. Ze worden dan beleefd als dichterbij de intieme persoonlijkheid te staan en laesies van deze organen worden soms als zeer bedreigend ondervonden, terwijl symptomen van deze organen een „zich bedreigd voelen” tot uiting kunnen brengen.

Een andere manier om de rol van lichamelijkheid te benaderen ontleen we aan het proefschrift van S. KUIJPER (1963). Deze onderzoeker beschrijft de merkwaardige gewoonte van nagenoeg alle mensen, om wanneer zij een pijnlijk plekje in de mond hebben, dit voortdurend met de tong te betasten. Aan zijn mond is de betreffende iets „vreemd” geworden, het is wat dit plekje betreft, niet meer zijn eigen vertrouwde mond.

S. KUIJPER ziet in dit voortdurende betasten een poging om het zich objectiverende plekje opnieuw te localiseren en als het ware te assimileren.

Men zou kunnen stellen, dat het beschreven gedrag mede gezien moet worden als een poging om de integriteit in de lichamelijke sfeer te herstellen, want dan is het lichaam weer het eigene en behoort het lichaam ons weer als een ongebroken en vertrouwde eenheid toe (S. KUIJPER).

PRICK (1959) formuleert dit voor motorische stoornissen op de volgende wijze. Bij stoornissen in een gecompliceerd bewegingspatroon moet de mens via houdingen en bewegingen, welke spiercontracties vooronderstellen, over de weg van de gnostische sensibeleiteit, tot een

nieuwe kennis van de wereld en het eigen lichaam geraken, waarbij men dan van de conceptie uitgaat, dat het sensomotore systeem ook inderdaad een rol speelt in het geheel van de relaties tussen de mens en zijn wereld. Wij komen hier nog op terug bij de bespreking van de visie dat bruxisme een poging zou zijn tot herstel van de fysiologische kauwbeweging (zie ook: 6.4).

BUYTENDIJK (1963) heeft erop gewezen, dat indien een orgaan, dat deel uitmaakt van een bepaald orgaansysteem, in zijn functie gestoord is, dit zijn repercussies kan hebben in alle onderdelen van het gehele betreffende orgaansysteem. Men moet zich bijvoorbeeld niet verwonderen, aldus BUYTENDIJK, dat een zuigeling die niet rustig kan drinken, klachten kan krijgen van alle organen van het maagdarmkanaal. Bij een dergelijke reactie dient men altijd de situatie waarin de zuigeling verkeert, mede in ogenschouw te nemen. Het maakt verschil of de moeder rustig en liefdevol optreedt of dat zij gehaast en onverschillig is.

RÜMKE (1953) denkt zich bepaalde menselijke strevingen en gevoelens verbonden met bepaalde orgaansystemen. De strijd tussen het driftmatige en de hooggeestelijke ambities zou zich mogelijk kunnen uitdrukken in stoornissen aan bepaalde orgaansystemen.

HEYER (1937) brengt orgaanfuncties en de verwerking van emotionele moeilijkheden met elkaar in verband, door aan overdrachtelijke zeggwijzen letterlijke betekenis toe te kennen. Geestelijk niet verwerkte moeilijkheden kunnen dan als symptomen tot uiting komen aan bepaalde orgaansystemen.

Door RÜMKE (1953) en vooral ook door HEYER (1937) worden de menselijke gevoelens, waarom het hier gaat en die dan als betrokken gedacht worden op bepaalde orgaansystemen, niet alleen gezien als in relatie te staan tot het innerlijk van het individu, maar ook tot zijn „staan in de wereld” niet alleen in verhouding tot de andere mens, maar ook in verhouding tot de kosmos en het transcendente.

Op veel van wat in deze paragraaf slechts aangeduid werd, zullen wij terugkomen voor zover het van belang kan zijn voor een beter begrip van de wijze, waarop bij het Syndroom van Costen beschreven toestandsbeelden zich aan ons kunnen voordoen.

In het voorgaande werden psyche en soma vaak op elkaar betrokken. Beschouwingen over het samenspel tussen het psychische

en het lichamelijke zullen in het verdere verloop van dit hoofdstuk nog vaker aan de orde komen.

5.3 *Waarnemingen tijdens de orale fase en hun interpretatie vanuit de psychoanalytische theorie*

Wij zullen in hoofdzaak refereren uit het boek van de, voornamelijk in de Verenigde Staten werkende psychoanalyticus SPITZ (1958): „La première année de l'enfant”, dat hij zelf in het Frans schreef in overleg met de „literatuurcommissie” van het „Franse Psychoanalytische Instituut”.

Ook Europese onderzoekers hebben zich met waarnemingen bij pasgeborenen en zeer jonge kinderen beziggehouden. Wij zouden hier vooral de Zwitserse kinderarts F. STIRNIMANN (1938, 1940) willen vermelden. Hij stelde reeds in de jaren voor de eerste wereldoorlog vast, dat de affectieve relatie tussen moeder en kind ook voor de zuigeling van zeer groot belang is en dat uitsluitend lichamelijke verzorging ontoereikend is.

SPITZ begint met te stellen dat de zuigeling als het ware psychisch indifferent ter wereld komt.

Hij is, voor hetgeen noodzakelijk is voor zijn welzijn, zeer afhankelijk van een intensieve verzorging door de moeder.

Theoretisch wordt door SPITZ gesteld, dat voorzover we ons iets kunnen voorstellen over het beleven van de zuigeling, hij aanvankelijk de moederborst zal beleven als een deel van zichzelf. Het is hem als het ware nog niet mogelijk te beleven, dat er een grens is tussen hemzelf en de wereld buiten hem. De pasgeborene staat in gevoelsmatig opzicht ook nog niet in relatie tot datgene wat zich om hem heen bevindt. Men formuleert dit ook wel door te stellen, dat de relaties tot de wereld der objecten nog niet bestaan. SPITZ beschrijft de persoonlijkheidsontwikkeling in de orale fase aan de hand van het ontstaan van de relaties met de objecten.

Aanvankelijk reageert de pasgeborene alleen maar reflexmatig. Krijgt hij de tepel in de mond, dan begint hij te zuigen. Dit is echter gebonden aan voorwaarden: als hij bijvoorbeeld bezig is hard te schreeuwen of „teleurgesteld” is in een bepaalde verwachting, reageert hij niet op de in de mond gebrachte tepel.

Komt tegen het einde van de tweede maand een volwassene binnen op het uur van de voeding, dan houdt de zuigeling op met schreeuwen. Hij opent de mond en steekt de lippen vooruit. Twee à drie weken later wordt het menselijk gezicht met de ogen gevolgd. Aan de borst fixeert het kind tijdens de voeding het gezicht van de moeder. Hij keert de ogen niet af tot hij aan de moederborst in slaap valt. Het gezicht van de moeder is de meest voorkomende visuele prikkel in de eerste maanden van zijn leven. Het menselijk gezicht is verbonden met iedere situatie van verminderen van onlust en bevrediging van behoeften. Het menselijk gezicht wordt zo tot een belangrijk signaal en het kind gaat dit signaal volgen met de ogen.

Omstreeks de derde maand toont de zuigeling op het zien van het menselijk gezicht een lachje. Deze „réponse au sourire” betekent echter nog niet, dat zich een echte objectrelatie heeft gevormd. Men kan hetzelfde bereiken bij een proefopstelling met een levensgrote pop. SPITZ heeft zich afgevraagd, welke betekenis men dient toe te kennen aan het optreden van de „réponse au sourire”.

Hij beschouwt het in de eerste plaats als een teken, dat er zich een perceptie van de buitenwereld begint te ontwikkelen. Het begin van het bewustzijn en het nadenken is nu mogelijk aanwezig. Een begin van een „Ik” lijkt nu aanwezig te zijn, met de mogelijkheid om te beginnen zich vertrouwd te maken met de realiteit. Meer gerichte activiteit wordt mogelijk. Er komt een begin van sociale relaties. Er zet nu een ontwikkeling in, waarbij driftmatige strevingen niet alleen op het zelf zijn gericht, maar op de wereld der objecten.

Slaagt het individu erin het punt van de „réponse au sourire” te bereiken, dan kan hij zich verder ontwikkelen. Slaagt hij niet, dan is hij volgens SPITZ veroordeeld te blijven in de chaotische wereld der betekenisloze objecten.

Ongeveer tussen de zesde en de achtste maand antwoordt de baby niet meer met een lachje tegen iedere volwassene. Vooral als moeder er niet bij is en er een vreemdeling nadert, keert hij zich af en wordt hij angstig. SPITZ noemt dit „de angst van de achtste maand”.

Zijn hypothese is, dat het kind met onlust reageert, omdat de moeder afwezig is. Inplaats van de moeder ziet het kind een vreemdeling verschijnen en hij is teleurgesteld in zijn verwachting, die gericht was op de komst van de moeder.

Het lijkt wel alsof er een nieuwe functie van het „Ik” in werking is getreden, namelijk die van het oordeel. De relaties met de moeder hebben nu een meer persoonlijke, gevoelsmatige kleur gekregen. Het wordt nu ook mogelijk op meer gevoelsmatige wijze betrokken te geraken op de wereld der objecten. Wat betreft de moederfiguur, zou de psychoanalyticus dit feit omschrijven door te zeggen, dat de moeder thans tot libidineus object is geworden. Ook de biologische rijping is in dit stadium verder voortgeschreden. Gecoördineerde bewegingen worden beter mogelijk als gevolg van een verder gaande myelinisatie van het centrale zenuwstelsel. Het gevolg hiervan is een verbeterde houding en een verbeterd evenwicht als uitgangspunt voor meer gerichte bewegingen (SPITZ). Hier zij eraan herinnerd, dat het beheersen van de motoriek, aanvankelijk grotendeels geoefend wordt aan de musculatuur van de mond. De zuigfunctie is dus mede het uitgangspunt voor de beheersing van de motoriek, die van zo groot belang is voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

De hand ontwikkelt zich hierbij via het duimzuigen tot controle-instrument van de buitenwereld. (HOFFER, 1949).

Er bestaat ook een ontwikkelingsstadium, waarin alle contact met de buitenwereld via de mond verloopt en alle voorwerpen in eerste instantie in de mond gestoken worden. Bij demente patienten ziet men dit wel eens als een regressief symptoom optreden.

In dit verband moeten we ook de vroegeinfantiele autisten noemen. Ze kauwen niet en ze praten niet, maar ze stoppen alles in de mond.

Hier heeft de mond nog een volledige functie als tast- en oriënteringsorgaan, hetgeen te beschouwen is als een fixatie aan bovengenoemd ontwikkelingsstadium.

Er wordt hier de nadruk gelegd op de mond-handcoördinatie, hetgeen begrijpelijk is tegen de achtergrond van het onderwerp van onze onderzoeken. De oog-handcoördinatie is echter ook van groot belang.

In de periode van de zesde tot de achtste maand gaan meer herinneringssporen ook een meer gedifferentieerd gedrag mogelijk maken. En dit is weer een stimulans voor de „Ik-ontwikkeling”. Het kind kan nu affectieve spanningen gerichter afreageren en dit geeft volgens SPITZ nu ook de mogelijkheid tot een betere driftbevrediging.

Gelijktijdig met de ontwikkeling van het „Ik” worden de gren-

zen tussen het „Zelf” en de „Wereld” en tussen „Ik” en „Es” scherper.

Tevens zien we in de loop van het eerste jaar althans, volgens SPITZ, dat zich de libidineuze driften en de agressieve driften binnen het „Es” gaan uitdifferentiëren.

Omstreeks de tijd van het begin van de objectrelaties moeten libido en agressie echter tot een zeker vorm van integratie komen, zodat het „Ik” zich op meer stabiele wijze kan gaan richten op het object en op een hoger plan kan gaan functioneren. Er moet naar de overtuiging van SPITZ een samenwerking tussen agressieve en libidineuze strevingen optreden. Hij volgt hier een opvatting van FREUD (1915).

SPITZ formuleert het aldus: „Afin que l'agression fonctionne comme onde porteur (draaggolf) des tendances libidineuses”. Indien een onvoldoende samenspel tussen agressieve en seksuele strevingen optreedt, kan de agressie zich hetzij nu of op een later tijdstip tegen het individu zelf of tegen zijn milieu richten, eventueel zelfs als er tevoren wel een voldoende integratie bestond tussen libido en agressie. (ANNA FREUD, 1949).

Uit het bovenstaande wordt duidelijk van hoe groot belang de orale fase is voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Deze ontwikkeling begint direct na de geboorte en wordt ingezet met het gebruik van de mondorganen.

5.4. *De betekenis van ervaringen aan mond en mondholte in de allervroegste jeugd*

ISAKOWER (1938) heeft geconstateerd, dat er mensen zijn die tijdens het in slaap vallen plezierige sensaties hebben aan de mond, de hand en de huid, waarbij hij er vooral de nadruk op legt dat deze sensaties beleefd worden als een totaliteit.

KUCERA (1959), deelt in een genetisch-dynamische beschouwing over de dentitie soortgelijke ervaringen mee. Er zouden patienten zijn die niet alleen een aangenaam zacht gevoel in de mond bespeuren, maar die te eniger tijd gedurende hun analyse als ze rustig ontspannen liggen naast deze heerlijke gevoelens van welbehagen aan de mond bijna gelijktijdig sensaties krijgen, die ze beschrijven als „iets hards en korreligs in de mond dat pijnlijk is” en „dat je niet kunt uitspugen”.

KUCERA meent dat dit laatste geïnterpreteerd moet worden als het optreden van een regressietoestand, die zijn oorsprong heeft genomen in de periode gedurende de tanddoorbraak. Er wordt door hem gesteld dat het psychisch beleven tijdens de dentitie, namelijk van „lustvolle” en onaangename sensaties aan hetzelfde orgaan, als het ware tot model dient, volgens hetwelk een eventueel later optredende masochistische wijze van bevrediging, waarbij het lijden een lustvol karakter draagt, zal verlopen.

Hierboven werd KUCERA geciteerd. Het is echter de vraag of op een zo vroeg ontwikkelingsstadium van het individu reeds een duidelijke lust-onlustdifferentiatie bestaat en of het dan ook niet juist is te stellen, dat met de dentitie een ontwikkelingsperiode begint, waarin het kind de mogelijkheid gaat krijgen zich ambivalent te kunnen instellen. De periode voor de dentitie wordt dan wel de pre-ambivalente fase genoemd.

Van belang is, dat de dentitie juist valt in de periode van de „angst van de achtste maand”, een tijdstip dat we hebben leren kennen als van groot belang voor de persoonlijkheidsontwikkeling.

Beschouwingen van LEVIN (1946) over de visuele achtergrond van de droom, waarbij volgens LEVIN de mens iets zou kunnen reproduceren van de visuele indruk, die hij kreeg toen hij van zijn moeder de borst kreeg, zijn voor SPITZ (1955) aanleiding om te concluderen, dat de mens iedere nacht in de slaap regredieert tot de toestand van de zuigeling aan de borst, die, terwijl hij het gezicht van zijn moeder min of meer waarneemt, bevredigd in slaap valt. SPITZ (1955) stelt, dat de door ISAKOWER beschreven fenomenen en wat LEVIN beschrijft over de droom, aan elkaar verwant zijn.

SPITZ acht het vooral van belang erop te wijzen, dat de sensaties bij de beschreven fenomenen worden beleefd als een totaliteit. Hij concludeert hieruit, dat bij deze regressietoestanden een desintegratie optreedt. We hebben hier mogelijk te doen met een regressietoestand naar een stadium waarbij het „Ik” zich nog moet ontwikkelen tot een zelfstandig deel van de persoonlijkheid. Dit is fysiologisch voor de droomtoestand, maar als verschijnsel van langere duur is het kenmerkend voor de psychose. In deze toestand functioneert het „Es” gewoon en is de „Ik-functie” gewijzigd, zodat driftimpulsen en instincten zich relatief onbelemmerd kunnen uiten.

De psychoanalytici zijn gewend dit gebeuren aan te duiden als

„het primair proces”. Vanuit de toestand van ongedifferentieerdheid moet de pasgeborene zich ontwikkelen tot het kunnen percepiëren van gedifferentieerde sensaties. Dit leert het individu gedurende zijn ontwikkeling het eerst aan mond en mondholte. SPITZ (1955) formuleert zijn hypothetische opvattingen in de volgende bewoordingen:

“The mouth as the primal cavity is the bridge between inner and outer perception and its basic model; it is the place of transition for the development of intentional activity, for the emergence of volition from passivity. When however the body relaxes diurnally in the passivity of sleep, the activity of the mind will retrace its way towards the primal process, and the primal cavity then becomes the cavernous home of dreams”.

Het bovenstaande past in het kader van de in vorige paragrafen beschreven betekenis van ervaringen aan mond en mondholte voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid, gezien vanuit een dynamisch-genetisch standpunt.

5.5 Enige aspecten van de relatie tussen moeder en kind in het eerste levensjaar

In het eerste levensjaar is de moeder in feite de enige levenspartner van het kind.

In het contact met zijn moeder leert hij volgens SPITZ (1958), in de chaotische, tot nu toe voor hem, betekenisloze wereld der objecten, onderscheidingen aan te brengen. Maar de zuigeling leert nog veel meer in dit contact. Zo leert hij zich bijvoorbeeld in het contact met het lichaam van de moeder tactiel te oriënteren. Verder zal de stem van de moeder mede van betekenis zijn voor de ontwikkeling van de spraak van het zeer jonge kind.

Maar het kind leert niet alleen van de fysieke contacten, maar het zal zich ook oriënteren aan de affectieve houding van de moeder.

SPITZ maakt hierbij de kanttekening, dat het zeer jonge kind waarschijnlijk op een veel gevoeliger wijze affecten kan percepiëren dan een volwassene. Hij spreekt in dit verband van een preverbale communicatie tussen moeder en kind, waarvan het belang volgens hem nauwelijks genoeg onderstreept kan worden. Daar de „Ik-functies” bij de geboorte nog nauwelijks ontwikkeld zijn, stelt SPITZ dat deze

communicatie zich in hoofdzaak afspeelt via de somatische sfeer. Aangenomen wordt, dat de moeder door ten dele onbewuste mechanismen in staat is te functioneren in dit preverbale communicatiesysteem. Gedurende de graviditeit zou de moeder hier als het ware reeds naar toe groeien, terwijl bij het ouder worden van de zuigeling het vermogen van de moeder, om in dit opzicht te kunnen reageren, vermindert. Het gedrag van het kind zal ook invloed kunnen hebben op de houding van de moeder. SPITZ meent ook dat de moeder mogelijk bij het kind dat gedrag provoceert, waarin zij zelf plezier heeft.

De relatie tussen moeder en kind is voor de ontwikkeling van het kind van groot belang en - het wordt langzamerhand eentonig - deze relatie tussen moeder en kind vangt aan na de geboorte met het gebruik van de mond tijdens het gezoogd worden. Natuurlijk biedt ook de flesvoeding de mogelijkheid, tot het opbouwen van een goede relatie tussen moeder en kind.

De ontwikkeling gedurende de orale fase is dus een zeer complex gebeuren, dat hoewel zeer nauw verbonden met het gebruik van de mond, veel meer omvat, dan de aanduiding oraal zou doen vermoeden.

In een volgende paragraaf zullen nog enige theoretische consequenties besproken worden van de gedachtengang van SPITZ over het somatisch reageren van het zeer jonge kind. Doch daarvoor zullen wij nog een korte beschouwing weergeven, die geheel past in bovenstaand kader.

5.6 *Het orofaciaalcomplex*

MENG (1952) vat de rol van de mondregio met betrekking tot neurotische symptoomvorming als volgt samen:

1. De mond is de allervroegste bron voor de „lustbevrediging”.
2. Grote „teleurstellingen” in het prille mensenleven kunnen zich onder andere afspelen aan de mondzone. MENG noemt hier het spenen en de dentitie. De verandering van „lustbron” in pijn-focus tengevolge van de dentitie, kan een zo grote „teleurstelling” zijn voor de zuigeling, dat mond en gebit voor goed tot een locus minoris resistentiae worden, wat betreft de conversie van psychische conflicten in lichamelijke klachten.

3. De mond is als begin van de tractus digestivus gepredisponeerd, om betrokken te worden bij symptoomvorming van die neurosen, die het maagdarmkanaal tot hun uitingssfeer hebben.
4. De mond is, mede omdat zij betrokken is bij de spraak, van belang voor het intermenselijk contact gezien in zijn ruimste vorm.

Wij merken hier op, dat de in deze samenvatting ter sprake komende aspecten niet alleen van belang zijn bij de neurotische symptoomvorming, maar een rol kunnen spelen bij het ontstaan van verschillende andere psychische afwijkingen.

MENG omschrijft de bijzondere relatie van mond, kauwstelsel en aangezicht tot de menselijke driftmatige strevingen en de afweer hiervan met het begrip „orofaciaalcomplex”. Het begrip „orofaciaalcomplex” vat op pregnante wijze de psychodynamische betekenis van mond en kauwstelsel samen.

5.7 Een theoretische consequentie van het in hoofdzaak somatisch reageren van de zeer jonge zuigeling

Vanuit de veronderstelling dat de „Ik-functie” van het zeer jonge kind nog onvoldoende ontwikkeld is, komt SPITZ (1958), tot de gedachtengang, dat, indien de moeder in de preverbale communicatie tekort schiet, het kind niet anders overblijft dan te reageren in de somatische sfeer en wel met dat deel van het soma, dat qua ontwikkeling in staat is te reageren, met name is dit het geval met de vegetatief geïnnerveerde orgaansystemen.

Het is een redenering, die veel lijkt op een zienswijze, die later nog besproken zal worden, namelijk dat, indien bij het oudere individu psychische spanning niet tot uiting gebracht kan worden via psychische symptomen en de motorische ontlading ook geblokkeerd blijkt te zijn, slechts ontlading via het autonome deel van het zenuwstelsel overblijft en de spanning zich kenbaar kan maken in verschijnselen van de vegetatief geïnnerveerde organen.

Het wordt dus mogelijk geacht dat relatiestoornissen tussen moeder en kind gedurende de allervroegste ontwikkeling zich manifesteren in somatische symptomen bij de zuigeling. Er zijn onderzoekers, die aannemen dat somatische afwijkingen aan de vegetatief geïnnerveerde organen met een psychische component op latere leef-

tijd, ten dele moeten worden toegeschreven aan „fixaties” op zeer vroeg infantiel niveau. Deze opvatting wordt in ons land onder andere verdedigd door BASTIAANS (1955) en door PRICK (1963).

Veel van wat in deze en ook voorgaande paragrafen gesteld werd, draagt een hypothetisch karakter, wat niet wegneemt dat één en ander een waardevolle bijdrage vormt om te komen tot een nader begrip van het probleem, hoe de menselijke persoonlijkheid met vegetatief somatische reacties kan reageren.

5.8 Enkele klinische waarnemingen van Spitz en een vergelijking tussen de opvattingen van Piaget en van de psychoanalytici

SPITZ (1958) zelf meent zijn veronderstellingen te kunnen staven met klinische waarnemingen bij zuigelingen uit kindertehuizen, waar voldoende affectieve zorg ontbrak. Bij zeer jonge zuigelingen, vóór de 6e tot 8e maand, nam hij een aantal somatische stoornissen waar, zoals onder andere braken en hardnekkige luchtweginfecties.

SPITZ meende deze somatische reacties in belangrijke mate te moeten toeschrijven aan affectieve tekorten.

Bij kinderen van ongeveer zes tot acht maanden, waar tevoren wel een goede relatie met de moeder had bestaan, kon na de verbreking van de relatie met de moeder wel eens een ziektebeeld geobserveerd worden, waarbij het kindje in zijn bedje voor zich uit ligt te staren met uitdrukingsloze ogen. Het heeft geen eetlust meer en het is zeer moeilijk contact met het kind te krijgen. Men krijgt de indruk, dat hier naar het uiterlijk althans, een toestandsbeeld bestaat, dat enige overeenstemming toont met een vitaal-depressief syndroom bij een volwassene. Dit ziektebeeld wordt bij de zuigeling dan ook een anaclitische depressie genoemd. (SPITZ, 1946).

Wordt de relatie met de moeder of met een moeder-substituut hersteld, dan verdwijnen de ziekteverschijnselen; soms gaat dit gepaard met een periode van grote bijtlust.

Volgens SPITZ (1946, 1958) vormen genoemde waarnemingen een bevestiging van de opvatting, dat de jongere zuigeling eigenlijk in hoofdzaak alleen nog maar kan reageren met somatische reacties, terwijl bij de oudere zuigeling bij wie reeds een begin van een zekere persoonlijkheidsontwikkeling bestaat, de agressie zich in de psychische sfeer tegen hem zelf kan richten wat een „depressie” tot

gevolg kan hebben. Bij het verdwijnen van de „depressie” wordt de agressie als het ware meer naar buiten gericht, hetgeen zich soms uit in een tijdelijk toegenomen bijtlust.

Door ontwikkelingspsychologen van andere scholen werden waarnemingen gedaan, die aanleiding waren tot theorieën, die wel enige overeenkomst hebben met de psychoanalytische opvatting over de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

Zo heeft bijvoorbeeld WOLFF (1960) de opvattingen van PIAGET en van de psychoanalytici over de ontwikkeling van de persoonlijkheid vergeleken.

Hieronder worden de interpretaties van WOLFF (1960) gevolgd.

Beide theorieën gaan uit van een bij de geboorte bestaande mogelijkheid tot reflexmatig reageren. Beide theorieën beschouwen motorisch gedrag als voorwaarde om te komen tot het besef van het onderscheid tussen zichzelf en de buitenwereld. Volgens beide zienswijzen komt men tot het bestaan van bepaalde ontwikkelingsstadia van de persoonlijkheid. Gemeenschappelijk aanvaarden zij het bestaan van biologische kernfuncties, die de richting van het ontwikkelingsproces van de persoonlijkheid bepalen en een evenwichtstoestand van het organisme handhaven op ieder niveau van de ontwikkeling. Vanuit beide zienswijzen wordt aanvaard, dat het individu kan terugvallen op vroegere adaptatievormen, indien hij situaties ontmoet, die hij niet aankan. Deze regressie behoeft niet perse tot onaangepast gedrag te leiden en kan zelfs weer hoger gedifferentieerde reactiepatronen tot gevolg hebben.

Een verschil tussen beide theorieën is, dat de psychoanalyse de driften en de driftregulerende mechanismen belangrijker voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid acht, terwijl bij de beschouwingen van PIAGET vooral de nadruk wordt gelegd op de prikkeling van het aangeboren reflexsysteem, die een behoefte tot functioneren creëert, welk functioneren door oefening gestabiliseerd wordt en in de ontwikkeling op een steeds hoger plan komt, waarbij vooral gedacht wordt in een hiërarchische integratie van reflexschemata.

Men dient bij dit verschil niet uit het oog te verliezen dat het hier gaat om een vergelijking van twee theorieën met een verschillend uitgangspunt en een verschillende doelstelling.

De psychoanalytische theorie heeft zich oorspronkelijk ontwik-

keld uit waarnemingen bij volwassen neurotici en psychotici en later bij kinderen (o.a. door ANNA FREUD). Deze theorie had in de eerste plaats tot functie neurotische afwijkingen doorzichtig te maken. De theorieën van PIAGET stoelen op waarnemingen bij zich ontwikkelende kinderen en zijn bedoeld een mogelijkheid te geven de ontwikkeling van het denken en van het intellect te begrijpen.

Reeds eerder was sprake van het samenspel tussen psyche en soma. In een volgende paragraaf volgen hierover nog enige beschouwingen.

5.9 *Het tot stand komen van somatische symptomen in relatie tot psychische invloeden*

Gevoelens van woede en ongeduld gecombineerd met angst geven ook bij de gezonde mens aanleiding tot somatische verschijnselen. Zij kunnen zich zowel uiten via het autonome als via het cerebro-spinale zenuwstelsel.

Volgens GROEN (1955) zijn conditionering op en overdrijving van deze lichamelijke verschijnselen mede van belang bij het tot stand komen van somatische afwijkingen onder psychische invloed. Naast conditionering en overdrijving van somatische verschijnselen hecht GROEN grote waarde aan het principe van de substituut-handeling, waarbij hij uitgaat van wat de ethologen de „oversprong-handeling” noemen.

Een dier, dat in een bepaalde handeling gefrusteerd wordt, kan tot een andere handeling komen. Het laatste wordt een oversprong-handeling genoemd. Herhaalt de frustatie zich veelvuldig, dan wordt de oversprong-handeling tot „tweede natuur”. Tijdens oversprong-handelingen bij dieren kunnen ook vegetatieve veranderingen worden waargenomen. GROEN noemt de oversprong-handeling ook wel substituut-handeling.

Voor de mens geldt, aldus GROEN, dat indien een bepaalde drift-handeling niet geoorloofd is, deze „drift” tot uiting zal komen in een handeling die wel gesanctioneerd is. Deze laatste handeling noemt GROEN naar analogie van het ethologisch gezichtspunt een substituut-handeling.

Het waardeoordeel van de cultuur zou bepalen of een bepaalde substituut-handeling uiteindelijk de vorm zal aannemen van subli-

matie¹, sociale ontsporing, verkeerde gewoonte of ziekteverschijnsel. Bepaalde substituut-handelingen worden in de Westerse cultuur „zo weinig toegestaan”, dat alleen oversprong naar de „autonome sfeer” overblijft (GROEN).

Sterke afweer in de psychische sfeer kan dus aanleiding zijn tot een versterkte uiting van prikkels in de motorische of in de autonome sfeer.

Hetgeen GROEN concludeert betreffende de invloed van onze cultuur op de neiging tot reacties in de autonome sfeer, is in overeenstemming met hetgeen BASTIAANS (1955) en BARENDREGT (1958) vinden bij patiënten met somatische afwijkingen van vegetatief geïnnerveerde organen, die ten dele veroorzaakt worden door psychische invloeden

Deze patiënten hebben een zeer strenge gewetensfunctie en zij streven op dwangmatige wijze naar onvoorwaardelijke aanpassing. Met behulp van dwangmatige en somatische afweerpatronen worden, zowel bij mannen als bij vrouwen, passief feminie en passief receptieve trekken afgeweerd. Ook hysterische reactiepatronen worden afgeweerd. Bovendien waren de vrouwelijke patiënten uit deze groep actief-mannelijke strevingen af. BASTIAANS meent dat één en ander vaak het gevolg is van een strenge ouderlijke dressuur, die vooral reeds vóór het optreden van de oedipale fase werkzaam was.

5.10 *Vormen van somatische afwijkingen met grotere of kleinere psychische component*

Vooraf de afwijkingen zullen besproken worden, die van belang zijn voor het onderwerp van dit proefschrift. Wij onderscheiden:

1. Functionele somatische stoornissen van primair psychische genese met of zonder symbolische betekenis.

Hiertoe behoren onder andere de conversieverschijnselen.

Hieronder verstaat men functiestoornissen, die niet terug te voeren zijn op pathologisch-anatomische of -fysiologische afwijkingen en die een symbolische betekenis hebben. Tengevolge van de verdringing van neurotische problematiek treedt hier een lichamelijke

¹) Het is de vraag of men niet beter, omdat de nadruk valt op de sociale acceptatie, spreken kan van „socialisatie” inplaats van sublimatie.

klacht op, die in zijn uitingsvorm deze neurotische problematiek symboliseert.

FREUD (1895) onderzocht de conversie het eerst bij de angsthysterie. Hoewel conversiesymptomen vooral voorkomen bij hysterische neurosen, dat wil zeggen bij neurosen, die hun oorsprong in hoofdzaak hebben in de oedipale fase, kunnen conversiemechanismen optreden bij allerlei andere psychische stoornissen. Ook mede ten gevolge van fixaties in de orale en anale fase kunnen conversie symptomen optreden (RANGELL, 1959). Het symboolkarakter van conversiesymptomen wordt niet algemeen aanvaard. Hier kan de opvatting van KRETSCHMER (1958) worden genoemd. Hij meent dat de motorische conversie als het ware gezien moet worden als een terugval naar een primitiever bewegingspatroon, dat de mens in een phylogenetisch jonger stadium van zijn ontwikkeling eens eigen is geweest, zoals men dit nog ziet bij lagere dieren in de vorm van de „Bewegungssturm” of de „Totsstellreflex”.

De orgaanneurosen kan men eveneens tot de conversieverschijnselen rekenen. Hierbij wordt echter meestal aan stoornissen van langere duur gedacht. Vaak is bij de orgaanneurose geen duidelijk conversiemechanisme in de zin van een symbolisering van verdrongen neurotische problematiek te vinden.

2. Primair somatische stoornissen, die onder invloed kunnen staan van meer of minder belangrijke psychische factoren, met of zonder symbolische betekenis.

Voorbeelden hiervan zijn onder andere: ulcus ventriculi et duodeni, colitis ulcerosa, astma bronchiale, hypertensie, coronair trombose, reumatoïde arthritis, hyperthyreoidie, angina tonsillaris en tuberculose. Vooral in de beide laatste gevallen zou de psychische beïnvloeding reeds een rol kunnen spelen door veranderingen in het weerstandsvermogen tijdens het uitbreken van de ziekte.

Men ziet ook wel somatische klachten van maar ten dele symbolisch karakter, waarbij het mede de neurotische spanning is, die maakt dat de klachten zich een weg banen naar de motorische of vegetatief-somatische sfeer en die dus, wat betreft de uiting van psychische spanning, geen louter symbolisch karakter dragen.

Het zuiver afwegen van de mate van symbolische beladenheid kan in de praktijk zeer moeilijk blijken. Maar niet alleen binnen

de neurotische symptomatologie kan de afgrenzing moeilijkheden opleveren. Er zijn patienten die op zodanige wijze gefixeerd zijn aan hun somatisch lijden en op zodanige wijze erop betrokken zijn, dat men zich dient af te vragen of hier geen overgangstoestand bestaat naar de waanvorming ten aanzien van het eigen lichaam en of men niet sommige van deze orgaansymptomen moet zien als van ten dele hypochondere aard.

Van de ziekten, genoemd onder ten tweede zijn er een aantal, die men tegenwoordig gewend is psychosomatosen te noemen. In de bovenstaande indeling komt het woord psychosomatisch niet voor. Ook elders in dit boek wordt deze aanduiding zelden gebruikt.

Een bezwaar tegen de naam psychosomatose is, dat hij de suggestie wekt, dat een bepaalde somatische afwijking uitsluitend onder invloed van psychische factoren zou kunnen ontstaan. Verder kan achter het woord psychosomatisch het begrip psychosomatische specificiteit schuil gaan, d.w.z. dat een bepaalde psychosomatose zou voorkomen bij een individu met een bepaalde persoonlijkheidsstructuur en tot uiting zou komen mede tengevolge van een bepaalde psychische stress.

De conceptie van A l e x a n d e r is minder specifiek. Zij komt kort geformuleerd neer op het volgende:

1. Alle menselijke functies, gezonde en zieke, zijn psychosomatisch.
2. Ieder emotie wordt begeleid door vegetatieve reacties.
3. Specifieke emoties hebben eigen begeleidende vegetatieve reacties.
4. Verdrongen emoties leiden tot chronische spanningen, die de begeleidende reacties verlengen.
5. Dit laatste kan stoornissen geven in de orgaanfunctie en eventueel eindigen met morphologische veranderingen.

Worden, aldus A l e x a n d e r, emoties geblokkeerd, betrokken op prestatie en agressiviteit, dan wordt het sympathische systeem aangesproken mede tengevolge waarvan bijvoorbeeld arthritis, hypertensie, migraine of diabetes zouden kunnen ontstaan.

Worden emoties geblokkeerd, die verband houden met passieve behoeften, dan komt dit tot uiting aan het parasymphatische systeem met als gevolg bijvoorbeeld: ulcus, obstipatie, diarree, colitis of astma.

A l e x a n d e r baseert zich niet op een uitsluitende psychogenese, maar noemt een aantal ontstaansvoorwaarden en stelt uitdrukkelijk, dat morphologische veranderingen tengevolge van een specifiek psychodynamisch patroon slechts optreden als een constitutionele factor of een factor-x eveneens aanwezig is (G r i n k e r, 1961).

De term psychosomatisch is zodanig belast met de bovenstaande, vooral de eerstgenoemde concepties die, op zichzelf hoe waardevol ook, veelal van geval tot geval bewezen zullen moeten worden, dat door mij de voorkeur wordt gegeven aan een wijze van omschrijven als gegeven in bovenstaande tweedeling, die alle etiologische mogelijkheden openlaat.

Een stoornis in het samenspel der psychische instanties kan dus aanleiding zijn tot somatische klachten, die niet per se een symbolisch karakter behoeven te dragen. De vraag, waarom met een be-

paald orgaansysteem gereageerd wordt, is moeilijk te beantwoorden en daarop kan op deze plaats slechts oppervlakkig worden ingegaan.

Men denkt in dit verband vaak aan een minderwaardige aanleg van bepaalde organen.

Sommige organen zijn ook zodanig met het driftleven van de mens verbonden, dat zij zich bij uitstek lenen om betrokken te worden in psychische symptomatologie. Een traumatiserende behandeling van of pathologische afwijkingen aan een dergelijk orgaan kunnen deze tendens bevorderen. Vegetatief geïnnerveerde organen kunnen uit hoofde van hun vegetatieve innervatie bij psychische belasting in dit opzicht bijzonder gevoelig zijn. Uit het verband dat bestaat tussen verhoogde psychische spanning en een verhoogde spiertonus (SAINSBURY en GIBSON, 1954) valt af te leiden, dat organen die voor hun functioneren in hoofdzaak afhankelijk zijn van een soepel samenspel van een groot aantal antagonistische spieren, in genoemd opzicht meer bedreigd zullen zijn. Soms kan ook een bepaalde gewoontehandeling, die niet van neurotische aard behoeft te zijn, opgenomen worden in een neurotisch gedragspatroon. Bij het doorzichtig maken van dit soort symptomatologie kunnen antropologische beschouwingen een belangrijke plaats innemen.

Het gaat bij diagnostische overwegingen op dit gebied veelal om een ingewikkeld samenspel van medebepalende factoren en ontstaansvoorwaarden. De genoemde somatische reactiepatronen behoeven geenszins alleen door psychische belasting tot stand te komen. Ook fysieke traumata of beschadigingen kunnen mede aanleiding geven tot deze somatische afwijkingen, die tevens mede door psychische factoren bepaald kunnen zijn.

Met behulp van wat tot nu toe besproken is, zal getracht worden de psychiatrische symptomatologie van het Syndroom van Costen aan een nadere beschouwing te onderwerpen.

Hoofdstuk 6

DE PSYCHOPATHOLOGIE EN DE PSYCHODYNAMIEK VAN DE KLACHTEN VAN HET SYNDROOM VAN COSTEN

6.1 *De pijnklachten bij het Syndroom van Costen*

In hoofdstuk 2 werd reeds uiteengezet, dat de pijnverschijnselen bij het Syndroom van Costen mogelijk mede dienden te worden toegeschreven aan spasmen in de kauwspieren, waarbij de verhoogde spiertonus in verband werd gebracht met een verhoogde emotionele spanning. Mondbewegingen zullen de pijn doen toenemen. De pijn bij het Syndroom van Costen kan zich uitstrekken tot buiten het gebied van de kauwspieren en draagt soms een ernstig neuralgiform karakter. Om de pijnverschijnselen nader toe te lichten, maken we nog een enkele opmerking over de pijn in het algemeen.

Bij beschouwingen over pijn maakt men wel onderscheid tussen de pijnperceptie en de reactie op deze perceptie (RUTH MOULTON, 1955; WOLFF en WOLFF, 1958). De reactie op pijn is afhankelijk van vele factoren.

Angst kan de reactie op pijn, op grond van een organische laesie, versterken en zelfs pijn te voorschijn roepen, zonder dat er een fysiologische pijnprikkel bestaat.

Dit wordt begrijpelijk, indien men zich realiseert, dat de reactie op pijn ten dele een aangeleerde reactie is, die onder andere mede afhankelijk is van vroegere ervaringen. Een heftige reactie behoeft in deze zin nog geen teken van overdrijving te zijn (RUTH MOULTON, 1957).

De pijnklachten bij het Syndroom van Costen strekken zich soms uit tot in de mondholte. De gevoelige sensibele innervatie van de mond maakt het mogelijk, dat pijn in dit gebied als extra onaangenaam wordt gepercepiëerd en dat uitstralende pijn naar dit gebied als zeer hinderlijk wordt ondergaan. Een factor die hierbij mede een rol speelt, is het feit dat de mond een van de „alleroudste”

organen in dienst van de lustbevrediging is, een functie die gedurende het gehele leven min of meer behouden blijft. Men kan zich voorstellen dat ook om deze reden pijn in de mondregio als extra onaangenaam wordt beleefd.

Niet alleen de gewekte verwachtingen of de specifieke gevoeligheid van de mondregio spelen een rol bij de beleving van de pijn in de mondstreek, maar ook de conditie waarin de door pijn getroffen mens zich bevindt.

De tot het uiterste gespannen neurotische mens verdraagt in vele gevallen pijn minder goed. RUTH Moulton (1959) gebruikt voor deze toestand van heftige spanning de voorstelling van een „reeds maximale belasting van de zenuwbanen”.

Een tandheelkundige ingreep kan in zo'n geval de druppel zijn, die de emmer doet overlopen en een Syndroom van Costen doet uitbreken.

Pijn bij het Syndroom van Costen kan men ook ten dele zien als een symptoom in dienst van het leggen van een relatie. Door middel van de pijn kan de patient uitdrukken, dat hij hulp, aandacht en zorg nodig heeft. Het kan ook betekenen dat hij ontevreden is over de wijze, waarop hij tot nu toe behandeld is. Hoe meer begrip de dokter toont, hoe minder erg de pijn wordt. Hier gaat het dus om de communicatieve betekenis van het symptoom „pijn”. Men denke in dit verband, ook aan wat FREUD de „secundaire ziektewinst” noemde.

Met behulp van de eis tot zorg, die de patient met hevige pijn aan zijn omgeving stelt, oefent hij tevens een soort macht over zijn omgeving uit. De hierdoor gewekte agressie van de omgeving wordt vaak door de patient beantwoord met verergering van zijn klachten.

Pijn kan ook een functie vervullen als straf voor uitdelging van schuld. De hevige fysieke pijn wordt in zo'n geval beter verdragen dan de martelende schuldgevoelens over agressieve en seksuele strevingen geïnduceerd door een onbarmhartig Opper-Ik (ENGEL, 1951).

De behoefte om straf te ondergaan in de vorm van pijn kan zeer sterk zijn. Vaak krijgt men bij deze zelfbestraffingstendenzen de indruk, dat deze met een zekere bevrediging worden ondergaan. Men spreekt dan van masochisme. Dit is veelal geen wezenlijke lustbevrediging, maar de angst voor het Opper-Ik is dan zo groot,

dat zelfbestrafing opluchting geeft voor deze angst en de indruk van lustbevrediging wekt.

De grondslag voor de instelling ten opzichte van pijn wordt reeds vroeg gelegd. Het kleine kind weet al dat als hij pijn heeft, de volwassene kwistig is met liefdebetoon. Een kus geneest de „kinderpijntjes” snel en de magische indruk bij het kind wordt nog versterkt, omdat pijn bij het kind vaak zo’n vluchtig karakter heeft (ENGEL).

Verboden worden vaak gekruid met het vooruitzicht van een pijnlijke afstraffing. Het kind krijgt op deze wijze de neiging om alle pijn die wordt geleden, te gaan interpreteren als straf. (LE COULTRE en VAN DER STERREN in: HART DE RUYTER, 1963). In dit verband kan de pijn ook beleefd worden als boete voor schuld. Dat pijn en straf in onze cultuur op elkaar betrokken zijn, blijkt ook uit taalkundige gegevens: Het woord „pijn” stamt van het Latijnse „poena” en werd oorspronkelijk als „straf” begrepen (BUYTENDIJK, 1943).

Voor het ontstaan van een masochistische instelling is echter meer nodig. Vaak is er dan in de vroegste jeugd een combinatie opgetreden van affectieve tekorten en verwenning. Het kind dat zich in dergelijke gevallen tekort gedaan voelt, prikkelt de betreffende ouder net zo lang tot hij een afstraffing krijgt. De vader of moeder schrikt dan door wat te weeg gebracht is en gaat het kind liefkozen. Zo kan het kind als het ware het gevoel krijgen, dat liefde slechts te verkrijgen is door eerst pijn te lijden.

Bij vele patienten met hevige aangezichtspijnen van psychogene aard vindt men in de ziektegeschiedenis terug, dat zij in de allervroegste jeugd herhaaldelijk in het gezicht geslagen zijn, wegens het uiten van door de ouders ongewenste driftmatige impulsen. Vaak hebben de ouders elkaar geslagen in het bijzijn van het kind (FREUD, 1895; ENGEL, 1951).

Indien aan pijn conversiemechanismen ten grondslag liggen, is wel eens een snelle genezing mogelijk. Wel ziet men soms een nieuw symptoom terugkomen als de pijn verdwijnt. Ook komt de pijn wel terug als het nieuwe lijden weer geneest. Bij zeer masochistische „pijnpatienten” kan de behoefte om pijn te ondergaan zo sterk zijn, dat men bij plotselinge verwijdering van het symptoom rekening moet houden met psychotische desintegratie of suicide. (ENGEL).

Sommige „pijnpatienten” zijn ook wat men wel genoemd heeft “surgical addicts” of zij lijden aan andere vormen van verslaving. “Accident-proneness” komt bij ernstige „pijnpatienten” ook wel voor (ENGEL).

Voorbeelden van de beschreven mechanismen zullen nog ter sprake komen bij de klinische beschrijving van de patient in § 6.8.

6.2 *Over de betekenis van nog enige andere symptomen, die bij het Syndroom van Costen kunnen voorkomen*

RUTH MOULTON (1955) noemt behalve de pijn nog een aantal andere symptomen zoals: duizeligheid, aanvallen van benauwdheid, soms zo erg dat de patienten denken dat ze stikken, slapeloosheid, fobieën, waaronder gevallen van kankervrees en drukgevoelens in het hoofd. In het algemeen zou men deze klachten kunnen beschouwen als - het gaat immers, althans naar de overtuiging van RUTH MOULTON, om neurotisch gestoorde patienten - te behoren tot een neurastheen of angsthysterisch symptomencomplex. Men kan echter trachten de genoemde symptomen in hun betekenis nog nader te expliciteren.

Dat spanningen in de spieren rond het kaakgewricht prikkelingen van de organen van het oor teweeg kunnen brengen, behoeft geen verwondering te wekken. Het kaakgewricht grenst direct aan de uitwendige gehoorgang en reeds de gezonde kan sensaties aldaar beleven als betrokken op zijn oor. Hoeveel te meer zal de zich bedreigd gevoelende angstige gespannen mens bepaalde gevoelens in dit gebied interpreteren als prikkeling van de organen van het oor. Verder kan men zich voorstellen dat spanningsveranderingen in de mediale kauwspieren aanleiding kunnen zijn tot drukverandering in de tuba Eustachii, hetgeen gepaard kan gaan met het optreden van oorsuizen of duizeligheid.

De duizeligheid kan echter ook geïnterpreteerd worden als de symbolische uiting van een zich onzeker voelen of een zich niet meer staande kunnen houden in de wereld.

De ene verklaring behoeft de andere niet uit te sluiten.

De aanvallen van benauwdheid zijn zo ook tegen de achtergrond van de algehele levenssituatie van sommige lijdens aan het Syndroom van Costen te bezien en men zou ze bijvoorbeeld kunnen duiden als een in de letterlijke betekenis van het woord in benauwenis gebracht zijn.

De slapeloosheid kan men mede beschouwen als een algemeen neurotisch symptoom dat verband houdt met de grote psychische spanning, waaronder de door RUTH MOULTON beschreven lijdens aan het Syndroom van Costen leven. Daarnaast kan natuurlijk een hevige of hinderlijke pijn alleen de patient reeds uit de slaap houden.

De drukgevoelens in het hoofd zijn tot op zekere hoogte wel te verklaren als uiting van de spierspanning, die zich ook nog tot andere spieren uitstrekt dan de kauwspieren. Men kan ze ook mede zien als uiting van de druk, waaronder deze patienten leven.

De fobieën, evenals de aanvallen van benauwheid, zullen in ander verband nog behandeld worden.

6.3 *Andere somatische klachten bij het Syndroom van Costen*

Beschreven werden onder andere maagklachten, een enkel geval van diarree en bij vrouwen gynaecologische klachten. In deze paragraaf willen we ook op de aanvallen van benauwdheid terugkomen.

Men kan beginnen met te stellen, dat de mondorganen een functioneel geheel vormen met de andere organen van de tractus digestivus en de tractus respiratorius (BUYTENDIJK, 1963), zodat symptomen van andere delen van deze tractus geen verwondering behoeven te wekken.

RUTH MOULTON (1955) stelt dat het bij de lijdens aan het Syndroom van Costen vooral gaat om agressieproblematiek, maar dat sexuele strevingen ook een rol spelen. Driftmatige strevingen, die niet in neurotische symptomen tot uiting kunnen worden gebracht, kunnen zich, zoals we gezien hebben, een weg banen naar vegetatief geïnnerveerde organen. RÜMKE (1953) stelt in dit verband, dat de spijsverteringsorganen verbonden zijn met competitieve strevingen, ressentiment en wrok. Hier kan men in zijn beschouwingen ook met vrucht gebruik maken van de opvattingen van HEYER (1937), die deze organen ziet als te behoren tot de „vegetativer Lebenskreis der Ernährung”. Het gaat hierbij om opnemen, slikken en verteren. HEYER beperkt dit niet tot het voedsel, doch meent dat iets dergelijks ook geldt op psychisch gebied en dat dit zich kan uiten in symptomen van de tractus digestivus.

Lijders aan het Syndroom van Costen voelen zich volgens RUTH MOULTON over het algemeen angstig, gespannen en bedreigd. Dit kan zich ook uiten in benauwdheidsaanvallen. De ademhalingsfunctie is direct verbonden met ondergangsbelevissen en doodsangsten (JASPER, PRICK en VAN DE LOO, 1955). Het optreden van benauwdheidsaanvallen is zo gezien geen toeval bij de zich althans volgens de literatuurgegevens toch duidelijk bedreigd gevoelende lijder aan het Syndroom van Costen. Men kan de benauwdheidsaanvallen ook zien tegen de achtergrond van de opvattingen van RÜMKE. HEYER (1937), die ongeveer eenzelfde visie hierop heeft als RÜMKE, rekent de ademhaling tot de „pneumatischer Lebenskreis”. Waarbij hij het woord „pneuma” gebruikt in de betekenis van „Lebensluft” en „Göttlicher Heiliger Geist”.

Van de gynaecologische klachten kan men eveneens zeggen dat het hier gaat om klachten van vegetatief geïnnerveerde organen, waarin neurotische spanning zich zal kunnen uiten. Wellicht dat periodiek optredende ingrijpende fysiologische veranderingen aan deze organen in de periode van de menarche tot de menopauze, deze orgaansystemen meer predisponeren tot reactie op psychische spanning. Een andere factor die misschien mede een rol speelt, is de mogelijkheid dat verdrongen seksuele strevingen zich kunnen uiten in somatische klachten van de tractus urogenitalis. Bij de door RUTH MOULTON beschreven lijders aan het Syndroom van Costen speelt naast agressieproblematiek de seksuele problematiek, met name de relatie tot de huwelijkspartner mede een rol. De mogelijke rol van de verdringing van seksuele problematiek zal in het verdere verloop van dit hoofdstuk (zie ook: 6.7) nog ter sprake komen bij de bespreking van de vraag naar de mogelijk symbolische betekenis van het Syndroom van Costen.

6.4 *Lijders aan het Syndroom van Costen en het bruxisme*

In hoofdstuk 2 werd het bruxisme reeds besproken. Wij hebben het toen leren zien als een multifactorieel bepaald symptoom, dat naar onze mening in hoofdzaak neurotische spanning tot uiting brengt. RUTH MOULTON (1955) legt bij lijders aan het Syndroom van Costen verband tussen chronische levensmoeilijkheden en chro-

nisch bruxisme. Dit verband bestaat ons inziens slechts in deze zin, dat toegenomen spanning een reeds bestaand bruxisme (dat op zichzelf op verschillende manieren geconditioneerd kan zijn) kan doen verergeren.

Wij zullen hier nog enkele aspecten van het bruxisme belichten, die in onze beschouwingen nog geen plaats vonden.

BALTERS (1953) meent dat het bruxisme gezien moet worden als een poging om weer te komen tot een harmonisch samenspel van de kauwspieren.

Het bruxisme is echter niet alleen te beschouwen als een herstellpoging van een gecompliceerd bewegingspatroon, maar — indien men met PRICK (1959) aanneemt, dat een stoornis in een gecompliceerd bewegingspatroon een rol kan spelen in de relatie van de mens tot zijn wereld en zijn lichamelijkeheid en wij aan het bewegen van mond en kauwstelsel in deze relatiestoornissen een rol toekennen — ook als een wijze van de mens om de relatie met zijn wereld en zijn lichamelijkeheid te hernemen.

Het bruxisme draagt het karakter van een dwangautomatisme. In deze dwang ligt opgesloten, dat hier niet meer sprake is van een vrij constructief handelen, maar van een „doldraaien” (S. KUIJPER, 1963) zonder uitzicht op herstel.

In een artikel van 1957 wijst RUTH MOULTON er nog op dat lijders aan bruxisme zich van de andere patienten met een Syndroom van Costen onderscheiden door een wat starre, soms vastbesloten, of vijandige gelaatsuitdrukking. Dit is een opvatting die wij in deze algemene vorm gesteld, helemaal voor rekening van deze onderzoekster laten. Wij komen hierop nog terug bij de bespreking van de mogelijk psychodynamische betekenis van de symptomatologie aan de mond bij lijders aan het Syndroom van Costen.

6.5 *Depressieve en paranoïde reacties bij lijders aan het Syndroom van Costen*

Bij de klassieke endogene depressie is de droge mond welhaast een obligaat symptoom. Zij is te beschouwen als een vegetatief aspect van de vitale depressie.

Het gelijktijdig voorkomen van een Syndroom van Costen en een depressie kan men echter niet op deze wijze interpreteren. RUTH

MOULTON (1955) stelt daarnaast uitdrukkelijk, dat de depressie ook niet reactief te verklaren is uit de lasten, die het Syndroom van Costen geeft. Wij moeten hier bij onze beschouwingen in aanmerking nemen dat het, bij de door RUTH MOULTON beschreven patienten, vooral gaat om de agressieproblematiek. Het optreden van depressieve stemmingen is dan niet meer zo verwonderlijk. Immers volgens de psychoanalytische theorie komt depressieve stemming o.a. tot stand door introjectie van de agressie of in andere woorden gezegd: depressie treedt op als gevolg van het richten van de agressie op de eigen persoonlijkheid.

Hypochondere klachten (klachten ten aanzien van het lichamelijk welbevinden) treden herhaaldelijk op tezamen met een depressief syndroom, zoals dit ook door RUTH MOULTON beschreven werd.

Bij angstige gespannen lijdens aan het Syndroom van Costen bij wie in de premorbide neurotische structuur het afweermecanisme van de projectie een belangrijke rol speelt, kan mede afhankelijk van andere desintegratieve momenten waanvorming optreden, zoals RUTH MOULTON dit ook voor een aantal van deze patienten beschrijft. Bij de waan dient men zich voor te stellen, dat vermeende innerlijke tekorten als het ware worden geprojecteerd in de buitenwereld en eventueel op het eigen lichaam. Dit kan temeer van belang zijn, indien er toch reeds sprake is van achteruitgang van het gebit of van andere ouderdomsgebreken. De klinische ervaring leert dan ook dat allerlei psychosen, die uitbreken op oudere leeftijd, waarbij het gebit reeds deficiënt is, niet zelden beginnen met klachten over mond en kauwstelsel.

Bij de beschrijving van de paranoïde en depressieve reacties bij het Syndroom van Costen hebben wij het mechanisme van de regressie naar en de fixaties aan respectievelijk de eerste anale fase en het oraalagressieve stadium buiten beschouwing gelaten.

Het is vooral ABRAHAM (1916) geweest, die gewezen heeft op de rol van de fixaties aan het oraalagressieve stadium bij het ontstaan van de ernstige depressie.

En men is er gemakkelijk toe geneigd om, indien er een depressieve stemming gevonden wordt bij een lijder aan het Syndroom van Costen, dergelijke mechanismen aan te nemen. Maar het feit dat een syndroom zich in hoofdzaak aan de mondzone afspeelt, vormt nog niet het bewijs voor de aanwezigheid van sterke orale fixaties.

Wij achten het aannemelijk dat er depressies voorkomen, die in hoofdzaak ontstaan op basis van het richten van agressie tegen de eigen persoon, zonder dat er sprake is van het sterk overwegen van orale fixaties.

Zijdelings zal nog op deze problematiek teruggekomen worden bij de bespreking van de karakterstructuur van de lijdens aan het Syndroom van Costen, zoals RUTH MOULTON getracht heeft die te beschrijven.

Men realiseert zich dat de waanvorming en het ontstaan van depressies nog altijd behoren tot kernproblemen van de hedendaagse psychiatrie en dat in deze paragraaf slechts datgene besproken werd dat van belang lijkt voor een beter begrip van de klinisch psychiatrische beelden, die gelijktijdig met het Syndroom van Costen kunnen voorkomen.

6.6 *Karakertrekken bij lijdens aan het Syndroom van Costen*

RUTH MOULTON (1955) beschrijft twee in karakterologisch opzicht zich onderscheidende groepen van patienten. Namelijk een groep, die zij beschrijft als "oral dependent" met soms een ernstige, manifeste agressieproblematiek en een andere veel kleinere groep, waarvan de leden bijzonder dwangmatig en heerszuchtig zijn. Bij de laatste groep staat vooral de verdringing van de agressie op de voorgrond.

Men kan zich afvragen of de term "oral dependent" wel gelukkig gekozen is.

Bij onze kritiek zullen wij ons in het bijzonder laten leiden door de beschouwingen van ABRAHAM (1916, 1924, 1927).

Op grond van klinische ervaring stelt ABRAHAM, dat het zuivere orale karakter eigenlijk niet voorkomt. Altijd zal men sporen vinden afkomstig uit andere ontwikkelingsstadia. Wel komt het voor dat de latere karakterontwikkeling in belangrijke mate onder invloed staat van de ontwikkeling gedurende de orale fase.

ABRAHAM noemt als afwijkingen die in belangrijke mate te maken hebben met orale strevingen: verslavingen, perversies, ernstige depressies en het op zeer lustvolle, van de norm afwijkende wijze van bezig zijn met de mondorganen en de voedselopname (bijvoorbeeld: anorexia nervosa). Wij zouden hier nog aan toe kunnen voegen:

het heimwee, en wat men het omgekeerde van het heimwee kan noemen, het „hinausweh”, een merkwaardige, onbestemde, zeer sterke zwerflust. (RÜMKE, 1958).

Als een orale karaktertrek noemt ABRAHAM onder andere een grote mate van passiviteit. Het is bij deze mensen alsof alles in het leven hun vanzelf moet toevloeien. Vaak heeft de persoonlijkheid ook iets „zuigends” of vragends over zich. Ongeduld en „niet alleen kunnen zijn” gaan hier soms mee samen. Een enkele maal wordt het „zuigen” tot „uitzuigen”. Komt dit bij vrouwen in extreme vormen voor, dan betitelt men de betreffende wel als een vampier.

Een sterke spreekdrang kan de plaats van het willen zuigen innemen. De spreekdrang heeft dan vaak een agressief karakter. ABRAHAM noemt zo nog een aantal eigenschappen, die mogelijk in belangrijke mate bepaald worden door ontwikkelingstoornissen gedurende de orale fase en waarvan de bespreking hier te ver zou voeren.

Waar het hier echter om gaat is, dat men niet de indruk krijgt dat de patienten die RUTH MOULTON „oral-dependent” noemt, behalve wat betreft hun passiviteit en hun depressiviteit, nu direct beantwoorden aan datgene dat ABRAHAM beschrijft als typisch voor stoornissen als gevolg van een afwijkende orale ontwikkeling. Zo missen we de verslaving en het heimwee.

Bovendien is het de vraag of iedere depressieve stemming teruggevoerd moet worden op sterke orale fixaties en dit niet vooral geldt voor de zeer ernstige depressieve syndromen.

Indien men nu eens opnieuw beziet hetgeen RUTH MOULTON over de lijdens aan het Syndroom van Costen schrijft, dan krijgt men weliswaar de indruk, dat hier sprake is van psychiatrisch gestoorde mensen met agressieproblemen, maar dat het hier waarschijnlijk niet gaat om specifieke afwijkingen, die samenhangen met fixatie aan één bepaalde ontwikkelingsfase. Het gaat meer om een algemeen psychisch gestoord zijn, waarbij nu eens de passiviteit, de dwang of de conversie, dan weer meer ten dele psychisch bepaalde somatische afwijkingen, dan wel psychopatische of psychotische symptomen op de voorgrond staan.

Ondanks deze kritiek blijft het de grote verdienste van RUTH MOULTON dat zij de eerste is geweest, die een grotere serie lijdens

aan het Syndroom van Costen psychiatrisch heeft beschreven, waardoor zij een belangrijke bijdrage heeft geleverd tot het onderzoek en de discussie over de problematiek van dit onderwerp.

Bij somatische stoornissen, waar het vermoeden bestaat dat de psychogenie een rol speelt, rijst meestal gemakkelijk de vraag naar de mogelijke symbolische betekenis van de betreffende somatische klachten.

Wij bespraken deze problematiek reeds in verband met het bruxisme en de pijn bij het Syndroom van Costen. In een volgende paragraaf zullen nog enige opmerkingen gemaakt worden over de eventuele symbolische betekenis van de bewegingsbeperking van het kaakgewricht bij het Syndroom van Costen.

6.7 Heeft de bewegingsbeperking van het kaakgewricht bij het Syndroom van Costen symbolisch-expressieve betekenis?

Naar aanleiding van wat gesteld werd ten aanzien van het bruxisme, zou men op analoge wijze redenerend, kunnen zeggen, dat de bewegingsbeperking van het kaakgewricht bij een lijder aan het Syndroom van Costen mogelijk in hoofdzaak een gevolg is van een verhoogde algemene psychische spanning en in mindere mate een symbolisch-expressieve betekenis heeft.

Indien men zich echter toch een voorstelling over de rol van de symboliek bij deze bewegingsbeperking tracht te maken, dienen twee aspecten hierbij onderscheiden te worden, namelijk de psychodynamische betekenis van mond en kauwstelsel op zichzelf en de mogelijk symbolische betekenis van het eenmaal uitgebroken Syndroom van Costen. Bij het laatste kan men nog onderscheid maken tussen de vraag of het Syndroom van Costen op zichzelf symbolische betekenis heeft of dat het, eenmaal uitgebroken, zich bij neurotische mensen leent om opgenomen te worden in hun neurotische structuur.

De psychodynamische geladenheid van mond en kauwstelsel op zichzelf kan namelijk van belang zijn. Niet zelden breekt een Syndroom van Costen uit tijdens of na een traumatische belevenis aan mond en kauwstelsel, bijvoorbeeld bij het ondergaan van een tandheelkundige ingreep. Echter ook zonder een voorafgaand trauma of zonder dat reeds een of andere vorm van bruxisme bestaat, kan de

neurotische, labiele mens, bij grote psychodynamische geladenheid van mond en kauwstelsel, er gemakkelijk toe komen om afgeweerde agressieve of seksuele strevingen te uiten in symptomen van de mond-regio.

In hoofdstuk 4 en in de samenvatting betreffende het orofaciaal-complex (zie ook: 5.6.) werd reeds uiteengezet hoe beladen mond en kauwstelsel kunnen zijn voor de mens in het algemeen en voor de neurotische mens in het bijzonder.

MENG (1952) adviseert de tandarts dan ook ten alle tijde hiermee rekening te houden. Hij schrijft letterlijk: „Man rechne immer mit einer Verlegung nach oben, alsob die Behandlung des Zahnarztes nicht in der Mund sondern in der Genitalregio erfolgt”. Ook РҮМКЕ (1953) wijst er op, dat tact in de houding wat betreft mondafwijkingen en de aankondiging van ingrepen in de mond, voor de behandelend arts of tandarts een eerste vereiste is.

Heeft echter de eenmaal opgetreden bewegingsbeperking van het kaakgewricht bij het Syndroom van Costen een symbolisch-expressieve betekenis?

RUTH MOULTON (1957) onderscheidt, zoals we reeds schreven, twee typen van patienten.

Er zijn naar zij vermeldt patienten die hun gebit te weinig gebruiken en er zijn patienten die hun gebit te veel gebruiken.

De eerste groep wordt gevormd door infantiele afhankelijke mensen. Ze treden de onderzoeker tegemoet met een slappe open mond en ze hebben iets apathisch. De mond heeft bij hen geen wezenlijke plaats in het geheel van de gelaatsuitdrukking. In hun expressie vragen ze als het ware om hulp. Ze neigen aldus RUTH MOULTON tot recidiverende dislocaties van het kaakgewricht.

Van de tweede groep patienten, namelijk die het gebit teveel gebruiken, vermeldt RUTH MOULTON, dat ze een wat starre en soms vastbesloten gelaatsuitdrukking hebben. Soms hebben ze iets vijandigs over zich. Ze neigen tot bruxisme.

RUTH MOULTON geeft hier een physiognomische beschrijving, maar vermeldt eigenlijk niets over een mogelijk symbolische betekenis van de bewegingsbeperking van het kaakgewricht bij het Syndroom van Costen.

Men kan hier slechts veronderstellingen uiten. In de eerste plaats kan men hier denken aan gewekte agressie, die tegelijkertijd afge-

weerd wordt. Men kan ook denken aan het tot uitdrukking willen brengen van verbeten te willen zwijgen. Mogelijk wordt met het gesloten houden van de mond ook gesymboliseerd, dat men zich wil afsluiten voor de benadering door de ander en de wereld. Men kan het gesloten houden van de mond ook zien als een zich verzetten tegen de infantiele passieve behoefte gevoed of verzorgd te willen worden. Wellicht liggen hier ook relaties met dwangmechanismen en bijvoorbeeld met het stotteren. Voor hetgeen hier verondersteld wordt, zal slechts bevestiging gevonden kunnen worden door nader psychoanalytisch onderzoek in de loop van psychotherapeutische behandeling van vele lijders aan het Syndroom van Costen.

In een volgende paragraaf zal nog een ziektegeschiedenis worden besproken van een patient met klachten, die ons in sterke mate herinneren aan het Syndroom van Costen.

6.8 *Een illustratieve ziektegeschiedenis van Ross (1953)*

Ross en zijn medewerkers beschreven een patient, die binnen 2 jaar viermaal een kaakfractuur kreeg. Er was hier sprake van een duidelijke „accident-proneness”. Daarna traden recidiverende kaakdislocaties op. Operatieve ingrepen bleven zonder resultaat. Ten einde raad werd een kaakkopje geëxtirpeerd. Ook dit had niet het gewenste effect. Een psychiatrisch consult werd overwogen maar niet geëffectueerd. Ook het tweede kaakkopje werd „opgeofferd”. Nu luxatie fysiek niet meer mogelijk was, traden toch op luxatie gelijkende klachten op ten gevolge van spasmen van de kauwspieren. De „luxaties” werden herhaaldelijk onder pentothalnarcose „gereponeerd”. Een jaar na de laatste operatie kreeg patient tengevolge van een bedrijfsongeval een ulcus corneae. Hij moest zijn linker oog missen.

Een maand later ontwikkelde zich na een tweede bedrijfsongeval een traumatisch cataract aan het andere oog. De patient was nu volledig blind. „Kaakluxaties” traden sindsdien niet meer op.

Wat de somatische aspecten betreft, valt te vermelden, dat bij de geboorte van patient, tijdens een instrumentele partus, gevreesd werd voor het leven van moeder en kind. Met achttien maanden doorstond patient een ernstige dubbelzijdige pneumonie. Op zijn tiende jaar begon een tweejarig verblijf in een sanatorium wegens longtuberculose.

De vader en moeder van patient waren beide meermalen gehuwd geweest. De vader was reeds twintig jaar geheel invalide tengevolge van een bedrijfsongeval. Iedere maand als vaders pensioen kwam, was patient vreselijk jaloers op zijn vader. De vader was alcoholist. Hij werd beschreven als een koppige, mopperige, veel aandacht vragende man.

De moeder ging altijd uit werken en liet patient over aan de zorg van zijn twee grootouders. De ene grootmoeder had geregeld epileptische insulten. De andere grootmoeder was geheel invalide tengevolge van enige straatongevallen.

Patient is thans nog niet in staat zijn woede over deze vorm van verwaarlozing op adequate manier te uiten, want aldus patient: „Op zo'n lieve moeder kun je niet boos zijn”. Hij had ook liever gewild dat ze hem maar eens afgeranseld had.

Op school plaagde hij de andere kinderen. Hij had ernstige conflicten met de onderwijzers.

Op zijn vijftiende jaar was er psychiatrische bemoeienis in verband met van huis weglopen, kleine diefstallen en ongeoorloofd vuurwapenbezit. In die tijd leed hij ook aan depressieve stemmingen.

Hij wisselde vaak van werk en was veelvuldig langdurig werkloos.

Autoriteitsconflicten waren schering en inslag.

Patient verliet zijn eerste vrouw na twee dagen. Zijn huidige vrouw trouwde hij op de eerste dag van hun kennismaking. (Een en ander speelt zich af in de U.S.A.)

De echtgenoten zeiden zelf dat ze tevreden waren over hun huwelijk. Ze hadden echter vaak ruzie. Zijn vrouw hield vooral veel van patient als hij na een ruzie alle schuld op zich nam. Sinds hij geheel blind was, gedroeg hij zich als een voorbeeldige echtgenoot. Door de ongevalsuitkering waren er geen financiële moeilijkheden meer.

Vlak voordat patient de ongevallen met zijn ogen kreeg, werd een Rorschach-test afgenomen. Een der antwoorden luidde: „Een menselijke schedel met zwarte gaten op de plaats van ogen en tanden”.

Volgens Ross staat de affectieve verwaarlozing in de vroege jeugd en op latere leeftijd bij deze patient centraal.

Het gedrag van patient kan men zien als een manier om affectieve bevrediging te verkrijgen. Ook de diefstallen kan men zien tegen de achtergrond van de „affecthonger”.

De vader was een insufficiënte identificatiefiguur. De moeder heeft, geleid door eigen schuldgevoelens, patient teveel in alles toegegeven. Patient heeft de schadelijke combinatie ondergaan van verwenning en affectieve verwaarlozing, die masochistisch gedrag zo gemakkelijk in de hand werkt. Passieve zowel als agressieve orale strevingen, die in de relatie met de moeder gewekt werden, waren onaanvaardbaar voor de patient en ze werden verdrongen en vervormd. De gewekte agressie richtte zich gedeeltelijk op hemzelf. De passiviteit werd voor een deel omgekeerd in haar tegendeel en slechts via een ziekte was patient in staat zichzelf de bevrediging van passieve behoeften toe te staan.

Door middel van de recidiverende kaakdislocaties strafte patient als het ware zichzelf en verlichtte hij zijn schuldgevoelens over zijn onbewuste passieve behoeften en zijn agressieve strevingen.

Volgens Ross drukte het stijfhouden van de kaak op symbolische wijze uit, dat hij toch onafhankelijk en toch agressief wilde zijn.

Zijn pseudomannelijk gedrag diende om de omgeving te overtuigen dat hij echt volwassen was, een stadium dat hij nimmer bereikt had.

De drang tot zelfbestrafing vond in de opeenvolgende somatische behandelingen niet voldoende bevrediging. Het lijkt erop alsof deze

drang als het ware nieuwe wegen voor haar expressie ging zoeken en zich tenslotte „richtte” op de ogen. Nu hij blind was kon hij zich openlijk toestaan om afhankelijk te zijn.

Zijn ziektesymptomen schonken hem niet alleen bevrediging wat betrof zijn passiviteitsbehoefte en zijn zelfbestraffingstendenzen, maar doordat zijn familie nu geheel voor hem zorgen moest, betekende dit tevens een bevrediging van onbewuste agressieve strevingen ten aanzien van zijn milieu. Vele van de in dit hoofdstuk besproken mechanismen traden bij deze bijzonder gestoorde patient duidelijk aan de dag.

6.9 Korte nader uitgewerkte vraagstelling voor het klinische onderzoek

Uit de gegeven beschouwingen valt te concluderen dat de orale ontwikkelingsfase van groot belang is voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid. In de tweede plaats kan gesteld worden dat mond en kauwstelsel in symbolisch opzicht zeer zwaar beladen organen zijn.

De in de schaarse psychiatrische literatuur beschreven lijdens aan het Syndroom van Costen zijn veelal tot op zekere hoogte psychisch gestoord.

Onze vraagstelling is nu of dit ook betekent, dat iedere lijder aan een Syndroom van Costen in psychiatrisch opzicht afwijkend is.

Indien dit bevestigend beantwoord moet worden, zal nader ge-expliciteerd moeten worden, wat dan wel het verband is tussen dit psychiatrisch afwijkend zijn en het opgetreden Syndroom van Costen.

Vervolgens kan men zich afvragen of dit psychiatrisch afwijkend zijn specifiek is. Wij zullen hier met name de vraag onder het oog zien, of indien iemand lijdt aan een Syndroom van Costen, dit betekent, dat hij in zijn orale ontwikkeling gestoord is.

Daarnaast rijst nog de vraag of er verband is tussen de symbolische beladenheid van mond en kauwstelsel en het Syndroom van Costen en of de symptomen van mond en kauwstelsel bij het Syndroom van Costen symbolische betekenis hebben.

Na de beschrijving van het eigen klinisch onderzoek zal worden getracht mede met behulp van de gegeven beschouwingen tot een beantwoording van bovenstaande vragen te komen.

Hoofdstuk 7

HET EERSTE ORIËTERENDE ONDERZOEK

7.1 Oriënterend onderzoek met een enqueteringsmethode

Ter algemene oriëntering werd, naar aanleiding van voorafgaande besprekingen tussen medewerkers van de mondheekundige polikliniek en de psychiatrische kliniek, besloten een aantal lijdens aan het Syndroom van Costen te onderzoeken met een enqueteringsmethode. Hiertoe werd gebruik gemaakt van een vragenlijst (zie bijlage A) met keuzeantwoorden. De onderzoeker las de vragen en de bijbehorende keuzeantwoorden voor aan de patient en gaf hierbij zonodig enige toelichting. De vragen waren geformuleerd aan de hand van hetgeen men als regel vraagt bij het opnemen van de biografische anamnese.

BLIJHAM (1960) gebruikte deze vragenlijst ten behoeve van een onderzoek naar psychogene factoren bij het steriele huwelijk.

In overleg met HOVING (1959) werden vragen toegevoegd die mogelijk betrekking zouden kunnen hebben op „gespannen mensen” (LIT, 1956) en op lijdens aan de „musculoskeletale syndromen” (BASTIAANS, 1957).

Het ging hierbij om de vragen genoemd onder punt 34 (zie bijlage A):

Vindt U zich:	gespannen	plichtsgetrouw
	hardnekkig	eerlijk
	verbeten	ijverig
	koppig	zorgvuldig

Neigt U ertoe moeilijkheden uit de weg te gaan: altijd
nooit
soms.

Evenals door JESSERUN (1961) en door HOVING werd ook door ons een controlegroep met deze methode onderzocht. De controlegroep was van dezelfde samenstelling, wat betreft leeftijdsopbouw,

geslacht en burgerlijke staat, als de groep onderzochte lijdens aan het Syndroom van Costen. De controlepatienten waren eveneens afkomstig van de mondheekundige polikliniek en ze hadden nooit aan een Syndroom van Costen geleden.

Zowel bij de 50 lijdens aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) als bij de 33 patienten van de controlegroep (27 vrouwen en 6 mannen) werd een somatoneurologisch onderzoek verricht.

7.2 *Toegepaste statistische methoden*

Vergeleken werden 50 lijdens aan het Syndroom van Costen met 33 „niet-lijdens”. De eerste groep bestond uit 41 vrouwen en 9 mannen, de tweede uit 27 vrouwen en 6 mannen. Daar de mannen slechts een kleine groep vormden, werden nog eens apart 20 mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen vergeleken met 20 „niet-lijdens”. De beide laatste patientengroepen werden volgens dezelfde criteria samengesteld als de beide eerste groepen. Bovendien werden aparte berekeningen verricht, waarbij de groep van 41 vrouwen vergeleken werd met de groep van 27 vrouwen.

Alle patienten, ook de tweede groep van 20 mannen, werden gekozen uit een groep van 400 lijdens aan het Syndroom van Costen. In deze groep bevonden zich 317 vrouwen en 83 mannen, een verhouding, die overeenkomt met de verhouding, die opgegeven wordt in de internationale vakliteratuur. De verhouding van 41 vrouwelijke en 9 mannelijke patienten beantwoordt ten naaste bij aan deze verhouding. De controlegroep bestond uit een wat kleiner aantal patienten, hetgeen een tijdsbesparing van het controle-onderzoek met zich mee bracht.

De keuze van de te onderzoeken lijdens aan het Syndroom van Costen werd overgelaten aan de mondspecialist. Deze liet zich bij zijn keuze lijdens door drie criteria.

Hij koos patienten uit, waarmee hij een goede relatie had. In de tweede plaats vroeg hij slechts die patienten aan het onderzoek deel te nemen, waarvan hij veronderstelde, dat zij hun medewerking niet zouden weigeren. Bovendien koos hij voor het onderzoek die patienten uit, bij wie hij zelf belangstellend was naar het oordeel van de psychiater.

Alle drie criteria bevatten dus sterk selectieve factoren, hetgeen

ook later bij een nader onderzoek met andere groepen patienten bleek (zie ook: 10.9).

Wat de controlegroep betreft, deze patienten werden niet gekozen uit de gehele polikliniekbevolking, maar uit hen, die op de dag van onderzoek reeds een afspraak hadden voor een operatieve kaakchirurgische ingreep. Hierdoor werd de gewone gang van zaken op de mondheelkundige polikliniek het minst verstoord.

Er werd onderzocht of er significante verschillen waren in de wijze van beantwoording van de keuzevragen van de vragenlijst door beide groepen patienten.

Hierbij werd gebruik gemaakt van de χ^2 -test. Toegepast werd formule:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right] \quad (\text{GUILFORD, 1956})$$

Voor het geval dat we te maken hebben met 1 vrijheidsgraad, wordt de correctie van Yates toegepast als minstens één van de f_e -waarden kleiner is dan 10 en ten minste 5 bedraagt. Is één van de f_e -waarden kleiner dan 5, dan wordt de χ^2 -toets niet toegepast. In enkele gevallen werd dan de toets van Fisher gebruikt (SIEGEL, 1956).

Dit geldt bij één vrijheidsgraad, dat wil zeggen voor berekeningen met gegevens uit twee variabelen, die elk slechts op twee wijzen geëvalueerd kunnen worden, bijvoorbeeld: aanwezig of afwezig.

Gaat het erom significante verschillen te berekenen met gegevens, die evaluatie op drie wijzen mogelijk maken - het aantal vrijheidsgraden is dan twee - dan wordt bovenstaande formule steeds toegepast, als elke f_e -waarde minstens 2 is. In andere gevallen wordt de χ^2 -toets niet gebruikt.

We noemen het verschil significant, als de kans op een foute uitspraak maximaal 5 % is; het verschil is dan significant op 5 %-niveau. Voor één vrijheidsgraad betekent dit dat de χ^2 -waarde minstens 3.84 moet zijn, voor 2 vrijheidsgraden moet de waarde van χ^2 minstens 5.99 zijn.

7.3 Enige tabellen met significante verschillen

Terwille van de overzichtelijkheid werden slechts die uitkomsten vermeld, waarbij significante verschillen konden worden vastgesteld.

Een overzicht van de onderdelen van de vragenlijst waarbij geen significante verschillen werden gevonden, kan worden verkregen door de onderstaande drie tabellen te vergelijken met de door ons gebruikte vragenlijst (zie bijlage A).

Tabel I.

Significante verschillen tussen 50 lijders aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) en 33 controlepatienten (27 vrouwen en 6 mannen).

	Syndroom van Costen	Controle- groep	χ^2
Totaal aantal patienten	50	33	
Gehuwd	26	19	
Vrouwen	41	27	
Mannen	9	6	
Vrije opvoeding	18	4	5.20
Nooit schuldgevoelens	25	9	5.19
Geen sexuele voorlichting	38	17	5.64
Coitus voor het huwelijk	20(/ 26)	5(/ 19)	9.59
Graviditeit beoordeeld als ongemakkelijk	20	5	5.97
Slagen huwelijk op basis zelfde ontwikkeling	16	3	4.70
Slaapstoornissen	14	2	4.89
Nekpijn	19	3	6.99
Andere gewrichtsklachten dan het kaakgewricht	15	1	7.74
Buikklasten	19	3	6.99
Hoofdpijn	34	13	6.61
Geneesmiddelgebruik	25	7	6.90
Gespannen	27	8	7.41
Negatieve instelling t.o.v. de vragenlijst	30	10	7.25

Tabel II.

Significante verschillen tussen 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen en 27 vrouwelijke controlepatienten.

	Syndroom van Costen	Controle- groep	χ^2
Aantal patienten	41	27	
Gehuwd	21	16	
Vrije opvoeding	17	3	5.98
Nooit schuldgevoelens	21	6	5.66
Geen sexuele voorlichting	31	13	4.89
Coitus voor het huwelijk	16(/ 21)	4(/ 16)	7.82
Slagen huwelijk op basis zelfde ontwikkeling	15	2	5.82
Nekpijn	17	3	5.99
Andere gewrichtsklachten dan het kaakgewricht	13	0	8.76
Buikklasten	19	3	7.60
Hoofdpijn	30	12	5.74
Geneesmiddelgebruik	21	7	4.27
Gespannen	21	6	5.66

Tabel III.

Significante verschillen tussen 20 mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen en 20 mannelijke controlepatienten.

Aantal patienten	Syndroom van Costen 20	Controle-groep 20	χ^2
			fe < 5, echter volgens Fisher-toets p = 0.02
Stotteren op de kinderleeftijd	8	1	
Gespannen	14	6	6.40
Geen „kinderneurotische verschijnselen“	3	11	5.38

Tabel IV. (7.4)

Uitskomsten van berekeningen met de χ^2 -test met enkele somato-neurologische gegevens van 50 lijdens aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) en van 33 controlepatienten (27 vrouwen en 6 mannen).

	Syndroom van Costen	Controle-groep	χ^2
Lichaamsbouw:			
leptosoom	31	23	0.44
pynisch	15	8	df = 2 ¹⁾
athletisch	1]	1]	
dysplastisch	1]	1]	
gemengd	1]	0]	
Bloeddruk:			
normaal	34	24	3.61
onder de norm	4	6	df = 2 ¹⁾
boven de norm	6	1	
Polsritme:			
normaal	35	25	0.00
te snel	9]	6]	
te langzaam	0]	0]	
Reflexen:			
levendig	18	11	4.25
laag	14	4	df = 2 ¹⁾
gewoon	15	16	
Vegetatief labiel	25	17	0.05
Pharynxreflex negatief	13	5	0.85
Doorgezakte voet	6	7	0.65

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

7.4 Het algemeen somato-neurologisch onderzoek

De groep van 50 lijdens aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) en de 33 controlepatienten (27 vrouwen en 6 mannen) werden, zoals reeds vermeld, ook aan een somatoneurologisch routineonderzoek onderworpen.

Met enkele daarvoor in aanmerking komende gegevens hebben wij significantieberekeningen uitgevoerd (zie tabel IV hierboven).

De oorspronkelijke bedoeling van dit routineonderzoek was een globale oriëntatie te verkrijgen. Pas later ontstond de gedachte met de gegevens statistische berekeningen uit te voeren. Zo kon het gebeuren dat soms het totaal aantal van een bepaald symptoom kleiner was dan het totaal aantal onderzochte patiënten.

Wat betreft bovenstaande gegevens van het somatoneurologisch onderzoek was het niet mogelijk met de gevolgde methode van onderzoek enig significant verschil tussen de beide groepen te vinden.

7.5 De waarde van de verkregen gegevens

Wij vermeldden hierboven, dat een groep lijders aan het Syndroom van Costen significant verschilde van een controlegroep, wat betreft de beantwoording van bepaalde vragen van een vragenlijst.

Men moet nu voorzichtig zijn bij de poging om de gegevens te interpreteren.

In het feit namelijk, dat op de vragen van de vragenlijst een bepaald keuzeantwoord gegeven kan worden, ligt besloten, dat deze antwoorden gegeven worden vanuit het inzicht van de patient, dat niet met de realiteit behoeft overeen te stemmen.

Toch bestond de indruk, dat deze door ons onderzochte groep lijders aan het Syndroom van Costen op andere wijze reageert en psychische belevenissen anders verwerkt dan de door ons onderzochte controlegroep.

De gegevens werden slechts gebruikt voor een eerste grove oriëntatie en om mede te dienen tot het opstellen van hypothesen.

Om verder te komen werd nader onderzoek verricht bij de patienten, die deelgenomen hadden aan het enquêteringsonderzoek, namelijk bij de serie van 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen (verder genoemd groep A1) en bij de serie van 20 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen (verder genoemd groep B1). Deze nadere gegevens zullen in de volgende hoofdstukken gedetailleer worden beschreven.

Hoofdstuk 8

NADERE ORIËTERING BETREFFENDE DE GEGEVENS VAN DE MONDSPECIALIST, HET ONDERZOEK MET DE BIOGRAFISCHE ANAMNESE, PSYCHOLOGISCHE EN ELEC- TRO-ENCEFALOGRAFISCHE ONDERZOEKINGEN BIJ LIJDERS AAN HET SYNDROOM VAN COSTEN

8.1 *Inleiding*

De globale indruk, dat de onderzochte lijdens aan het Syndroom van Costen in psychisch opzicht mogelijk afwijkend waren van de onderzochten van een controlegroep van „niet-lijdens”, een opvatting, waarvoor men mede steun kan vinden in de gerefereerde literatuur, vraagt, zoals reeds gesteld werd, uitgebreider onderzoek.

Om hier verder te komen werd getracht, zoveel mogelijk relevante gegevens over de reeds met de enquêteringsmethode onderzochte patiënten te verzamelen.

Bewerkt werden de mondheilkundige gegevens van 41 vrouwelijke (groep A1) en 20 mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen (groep B1). Deze gegevens werden ons ter beschikking gesteld door de afdeling mondheilkunde van het Academisch Ziekenhuis te Groningen (hoofd: Dr. G. Boering).

Bij 36 vrouwen (groep A2) en 15 mannen (groep B2) werd een psychiatrisch onderzoek verricht. Hierbij werd gebruik gemaakt van het onderzoekschema (methode van de biografische anamnese) van het Psychoanalytisch Instituut te Amsterdam. Het hiervoor benodigde formulier werd bereidwillig ter beschikking gesteld door Prof. Dr. J. Bastiaans, destijds directeur van het Psychoanalytisch Instituut.

De groepen A2 en B2 zijn samengesteld uit de groepen A1 en B1. Ze zijn echter kleiner, doordat niet alle patiënten voor een tweede onderzoek konden worden achterhaald.

Drs. B. G. Deelman, klinisch psycholoog van de psychologische

afdeling (hoofd: Dr. P. E. Boeke) van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen, verrichtte bij 6 vrouwen (groep A3) en 4 mannen (groep B3) uit de groepen A2 en B2 een psychologisch onderzoek. Van dezelfde patienten (groep A3 en groep B3) werd een electro-encefalogram vervaardigd (Drs. A. M. Hamoen, destijds hoofd van de E.E.G.-afdeling van de Neurologische Universiteitskliniek, Hoogleraar-Directeur Prof. Dr. J. Droogleever Fortuyn, te Groningen). De groepen A3 en B3 werden respectievelijk samengesteld uit de eerste 6 en de eerste 4 patienten van de groepen A2 en B2.

In dit hoofdstuk vinden de klinische gegevens van de onderzochte patienten een plaats.

Sommige gegevens waren in de ziektegeschiedenissen zodanig verwerkt, dat het niet mogelijk was de frequentie exact vast te stellen. Van de meeste gegevens is de frequentie met een cijfer aangegeven. Voor enkele gegevens kon dit echter slechts bij benadering aangegeven worden, bijvoorbeeld: veel, zelden of meer voorkomend.

Wij hebben bij het opnemen van de ziektegeschiedenis hoofdzakelijk gelet op de wijze, waarop de patient associeerde naar aanleiding van onze vragen, waarbij het anamneseschema diende als richtlijn om een totaalindruk van de persoonlijkheid van de patient te krijgen.

Het was bijvoorbeeld moeilijk om in het vrij kortdurende poliklinische contact, dat wij met de patienten hadden, de sexualiteit diepgaand te exploreren. Het is duidelijk, dat bij een onderzoek dat snel dient te geschieden, een exploratie naar de psychosexuele ontwikkeling bij een stoere grijsaard, die op de drempel van de dementie staat, of bij een zeer jong meisje, dat neigt tot hysteriforme reacties grote moeilijkheden oplevert. Men weet dan niet wat voor ongewenste gevoelsmatige reacties men kan losmaken onder omstandigheden, waarbij men waarschijnlijk geen gelegenheid krijgt tot enige nazorg. Dan gaan de reële mogelijkheden en gevoelens van respect en tact een belangrijk woord meespreken en dient men zich tevreden te stellen met een algemene indruk op geleide van enkele „petits signes”.

Dit werd voor het doel van ons onderzoek niet als een tekort gevoeld. Het ging er ons namelijk niet om exacte gegevens over de



onderzochte patienten te verkrijgen, maar om zodanig inzicht, dat het mogelijk zou zijn een aantal hypothesen op te stellen.

Het lag in de bedoeling deze hypothesen dan op hun juistheid te toetsen aan een tevoren niet onderzochte groep lijders aan het Syndroom van Costen, die dan vergeleken zouden worden met een nieuwe controlegroep.

8.2 Gegevens van de mondspecialist van 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen (groep A1)

De zuiver mondheeskundige gegevens zullen wij niet vermelden. Daarvoor worde verwezen naar het proefschrift: Arthrosis deformans van het kaakgewricht (BOERING, 1966).

Ontstaan van de klachten in aansluiting aan een opvallend gebeuren:

In 19 gevallen gaven de vrouwelijke patienten aan, dat de klachten begonnen waren met een bepaald gebeuren. Genoemd werden: bof, kaakontsteking, uitwendig geweld, zoals een schedeltrauma of een val op de kin, op de buik liggen na een rugoperatie, of het langdurig opensperren van de mond bij een oesofagoscopie. Soms kreeg de doorbraak van de verstandskiezen de schuld. Tandheeskundige bewerkingen, speciaal totale extracties, werden soms als oorzaak aangegeven. Interessant was dat bij één patient de klachten voor het eerst optraden, nadat haar vader geopereerd was aan een maligne parotistumor. Tweemaal lag het aangegeven fysieke trauma zover in de vroege jeugd terug, dat de mondchirurg ernstig twijfelde aan enig verband.

Duur van de klachten:

Over het algemeen ging het om reeds langdurig bestaande klachten. Bij slechts 8 van de 41 vrouwen was sprake van een min of meer vluchtige symptomatologie, die na somatische behandeling en bespreking van de klachten snel verbleekte. In de overige gevallen hadden de klachten ondanks behandeling een min of meer chronisch karakter.

Andere somatische klachten:

Slechts bij 7 vrouwen was de somatische anamnese geheel „schoon”. Rugklachten werden achtmaal genoemd. Over luxaties van andere gewrichten werd tweemaal geklaagd. Vijfmaal vermeldde de mondspecialist slappe banden van alle gewrichten. In 2 ziektegeschiedenissen werd reuma vermeld.

Eenmaal was de reumaserologie positief, zonder dat er klinisch iets van reuma was te vinden. Twee patienten hadden een rugoperatie doorgemaakt. Maagklachten, bloedarmoede en galblaasklachten kwamen ieder driemaal voor. Zes patienten leden aan hoofdpijnen.

Slechte mondgewoonten:

Bij 19 patienten werden „slechte mondgewoonten” (“bad oral habits”) geconstateerd. Kiezenklemmen stond met twaalfmaal in frequentie bovenaan. Dan volgden tandenknarsen en lipbijten. Wangbijten, spelen met de prothese en veelvuldig geeuwen werden respectievelijk ieder éénmaal waargenomen.

Psychische bijzonderheden:

Slechts 10 van de 41 vrouwen waren volgens de mondspecialist in psychisch opzicht onopvallend. Vermeld werden onder andere: psychisch labiel, psychisch belastende omstandigheden, overgevoelig en gespannen. Driemaal werden persisterende orale gewoonten zoals duimzuigen aangegeven.

Röntgenonderzoek:

In 6 gevallen waren op de röntgenfotos van de kaakgewrichten duidelijke afwijkingen te zien. Achtmaal waren röntgenologische afwijkingen zeer licht.

Moeilijkheden bij de diagnostiek:

Bij 10 patienten meende de huisarts aanvankelijk, dat er een ooraandoening bestond. Negen van deze patienten kwamen bij de KNO-arts terecht. Deze vond wel eens zeer lichte afwijkingen op otologisch gebied. Tweemaal werd een patient verwezen via de internist. Een groot aantal patienten werd ingestuurd door de tandarts. Ook de reumatoloog (3) en de neuroloog (2) leverden hun

aandeel. De mondchirurg verwees zelf enkele van zijn eigen patiënten naar reumatoloog (4), neuroloog (4) of KNO-arts (6). Eén patiënt bleek inderdaad aan reuma te lijden. Bij 5 patiënten stond de neuralgiforme component op zodanige wijze op de voorgrond, dat indien zij niet tevoren door de mondchirurg gezien waren, hier zeker de diagnose „hysterische aangezichtspijn van Engel” gesteld zou zijn.

Ernst van de symptomen:

Er waren 7 patiënten met een zeer heftige of overdreven symptomatologie. Zo sliep er één 's nachts zittend, omdat hij geen druk op de kaak kon verdragen. Bij deze categorie werden onder andere nog vermeld: 's nachts niet kunnen slapen van de pijn, uitbreiding van de pijn over het gehele hoofd en de schouder, opzien tegen iedere maaltijd wegens de heftigheid van de klachten en zo luid knappen van de kaakgewrichten, dat het hinderlijk was voor anderen. Bij één patiënte leek het klinische beeld zo duidelijk op tetanus, dat men haar voor alle zekerheid als zodanig behandelde. Eén patiënte zag kans binnen zeer korte tijd de mondheelkundige polikliniek 61 maal te bezoeken.

8.3 Gegevens van de mondspecialist van 20 mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen (Groep B1)

Ontstaan van de klachten in aansluiting aan een opvallend gebeuren:

In 3 van de 20 gevallen werd een fysiek trauma als oorzaak aangegeven. Twee hiervan waren volgens de mondchirurg dubieus.

Duur van de klachten:

Ook bij de mannelijke patiënten ging het voor het merendeel om langdurig bestaande klachten. In 2 gevallen waren de klachten min of meer vluchtig. Bij totaal 5 patiënten trad na ingestelde behandeling vrij snel verbetering in.

Andere somatische klachten:

Negenmaal waren er klachten over de andere gewrichten. Acht keer werden rugklachten gevonden. Hoofdpijn kwam als klacht zevenmaal voor. In 3 gevallen bestonden bovendien maagklach-

ten. Longtuberculose, hartklachten, buikklachten, galblaasklachten, neusoperaties, doofheid en invaliditeit werden ieder respectievelijk tweemaal in de bestudeerde ziektegeschiedenissen vermeld. Een bijzondere bevinding bij één patient was de diagnose myasthenie. (Dr. H. K. G. Bartstra, destijds hoofd van de neurologische polikliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen). Bij 3 patienten was de somatische anamnese van de mondchirurg geheel „schoon”.

Slechte mondgewoonten:

„Slechte mondgewoonten” kwamen achtmaal voor. Kiezenklemmen kwam ook bij de mannen op de eerste plaats. Tandknarsen vond voornamelijk tijdens de slaap plaats. Pruimen en kauwgomgebruik kwamen ieder éénmaal voor.

Psychische bijzonderheden:

Drie van de 20 mannen waren volgens de mondspecialist in psychisch opzicht onopvallend. Ongeveer de helft was nerveus en gespannen. Anderen werkten te hard. Twee maakten een trage indruk. Eén patient had ernstige conflicten in de werksituatie. Eén patient maakte een duidelijk verbeterd indruk. Twee oudere mannen waren bang voor kanker. Twee patienten waren opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen.

Röntgenonderzoek:

Achtmaal werden lichte afwijkingen gezien op de röntgenfotos van de kaakgewrichten. Slechts één patient had duidelijke röntgenologische afwijkingen.

Moeilijkheden bij de diagnostiek:

Bij 7 mannen was aanvankelijk een ooraandoening gediagnosticeerd. Twee werden ingestuurd via de heelkundige polikliniek. Met 3 patienten had de neuroloog eveneens bemoeienis gehad. Drie van de patienten verwees de kaakchirurg zelf naar de neuroloog, die geen afwijkingen vond op zijn specialistisch gebied. Bij één patient overheerste de neuralgiforme component.

Ernst van de symptomen:

Twee patienten hadden zeer duidelijke of overdreven klachten.

Bij de ene patient kraakten de kaakgewrichten hinderlijk luid, de ander bezocht in zeer korte tijd 22 maal de mondheelekundige polikliniek.

8.4 *Vrije associaties in het eerste contact*

Bij het opnemen van de biografische anamnese lieten wij de patienten zoveel mogelijk vrij associëren. Wij vroegen in het allereerste contact slechts naar hun klachten en wachtten dan af wat er kwam.

Wat de patient in dit eerste contact brengt, heeft - dit is ook de opvatting van LANGEN (1956) - vrijwel altijd iets te maken met zijn psychische problematiek.

Bij 10 van de 36 vrouwen (groep A2) kwam ogenschijnlijk in het eerste contact geen psychische „conflictstof” naar voren. Bij de overige 26 vrouwen kregen we direct materiaal in handen, dat wees op psychisch belastende omstandigheden, of op persoonlijke conflicten, of op het bestaan van bijzonder gedragspatronen. Meestal bestond er een combinatie van de drie genoemde aspecten.

De belastende omstandigheden betroffen spanningen op het werk of in het gezin, bijv.: de dood of een ernstig letsel, of een ernstige somatische of psychische ziekte in het gezin of bij nastaande familieleden.

De conflictsituaties in de persoonlijke sfeer hadden vaak te maken met niet uitgesproken boosheid ten opzichte van naaste familieleden of werkgevers.

De bijzondere gedragspatronen hadden meestal tot algemeen kenmerk een bijzonder gespannen zijn. Soms was er manifeste angst, die zich bij 2 vrouwelijke patienten uitte in carcinophobie. Sommige patienten vertelden, dat ze erg gesloten waren. Er was een neiging om hoge eisen aan zichzelf te stellen. Bij sommigen bestond een duidelijke neiging om te reageren met identificatie- en conversiemechanismen. Er waren bij enkelen opvallende trekken in de eetgewoonten. Genoteerd werden bijvoorbeeld een voorkeur voor pap, snoeplust en een afkeer van vlees. Bij een aantal was een duidelijke neiging om bij stress te reageren in de vegetatieve sfeer. Dit kwam onder andere tot uiting in de voorkomende gevallen van hoofdpijn. Het zich moeilijk uitspreken werd geverbaliseerd met zegswijzen als: „Ik kauw het op”, „Ik verbijt mij ertegen”.

Wat het reageren in de somatische sfeer betreft, werd letterlijk door één patient gebracht:

„Als ik gespannen ben, of als ik het druk heb, slaat het me op de kaak”.

Bij de genoemde 26 vrouwen werden vijftienmaal belastende milieuomstandigheden gevonden. Persoonlijke conflictsituaties kwamen zevenmaal voor en bijzondere gedragspatronen negentienmaal. Dit viel bij deze 26 vrouwen reeds op in het allereerste contact, hetgeen niet wil zeggen dat de genoemde factoren bij de overige 10 vrouwen geen rol zouden kunnen spelen.

Bij 12 van de 15 mannen (groep B2) kregen we in het eerste contact direct associaties geladen met belangrijk psychodynamisch materiaal. Psychisch belastende omstandigheden vonden we bij 4 mannen. Conflictsituaties in de persoonlijke sfeer werden in 2 gevallen duidelijk. Bijzondere gedragspatronen werden in 8 gevallen in het allereerste contact gevonden.

Opvallend was dat bijna al deze mannen op een overdreven wijze betrokken waren bij hun werkzaamheden. Ze onderscheidden zich vaak door een zekere dwangmatigheid, die veelal gepaard ging aan een mateloze energie.

8.5 *De somatische anamnese*

Vier van de 36 vrouwen (groep A2) hadden nimmer aan enige belangrijke ziekte geleden.

Zeven vrouwen hadden klachten van de tractus circulatorius. Aangegeven werden bloedarmoede, verhoogde bloeddruk en hartkloppingen. Men kreeg de indruk dat de huisarts bij sommige van deze klachten, duidelijk aan de patiente had laten merken, dat er geen somatische basis voor de klachten te vinden was.

Klachten van de tractus digestivus werden bij 20 vrouwen gevonden. Over de maag werd achtmaal geklaagd, vaak met de toevoeging: „nerveuze maagklachten, die ze niet willen opereren”. Drie vrouwen vermeldten galblaasklachten. De klachten betroffen ook vaak de eetlust. Appendicitis werd achtmaal genoteerd. Deze werd een enkele maal omschreven als „chronische blindedarmonsteking” of „de doktoren wisten niet precies wat het was”. Operatie had onder die omstandigheden een matig resultaat. Obstipatie kwam

zesmaal voor. Eenmaal werd geklaagd over te frequente ontlasting.

Vier vrouwen leden aan chronische bronchitis, waaronder één met recidiverende pneumonieën in de allervroegste jeugd.

Eenentwintig van de 36 vrouwen hadden klachten van de tractus urogenitalis. Deze klachten betroffen voornamelijk de menstruatie.

“Premenstrual tension”, hevige menstruatiepijnen, langdurig vloeien en veel bloedverlies waren klachten, die geregeld werden gehoord. Vooral pijn stond op de voorgrond en werd dertienmaal genoteerd. Onregelmatige menses, amenorrhoe en langdurig vloeien na schrik en angst werden een enkele maal vermeld. Eén patiënte kreeg tweemaal achtereen een abortus: „omdat ze zo druk was”.

Zeventien vrouwen hadden klachten over het bewegingsapparaat en vage neurologische klachten. Hoofdpijn kwam eenentwintigmaal voor, een enkele maal na een hersenschudding. Soms trad de hoofdpijn op in de vorm van migraine. Rug-, nek- en schouderpijn werden negenmaal genoteerd. Zesmaal werden klachten over andere gewrichten vermeld.

Operaties werden bij 10 vrouwen verricht.

Achtmaal werd een appendectomie verricht. Viermaal werd de galblaas verwijderd. Vier vrouwen vermeldde gynaecologische operaties; tonsillectomie vond viermaal plaats. Maagoperaties vonden bij twee vrouwen plaats. Tweemaal werd een neusoperatie verricht.

Drie van de 15 door ons onderzochte mannen (groep B2) waren nooit ernstig ziek geweest. Vier mannen hadden hartklachten, 2 hadden alleen pijn in de borst bij inspanning, 2 anderen hadden een hartinfarct gehad.

Vier anderen hadden geleden of leden nog aan chronische bronchitiden. Eén had een longtuberculose doorgemaakt. Verder werden gevonden: eenmaal een duidelijke dyspnoe d'effort en eenmaal „nerveuze benauwdheden”. Eén patiënt was 15 jaar invalide geweest na een gecompliceerde appendixoperatie, die gevolgd was door een „wondbreuk”. Vier hadden last van de maag en 3 leden aan obstipatie. Vier mannen leden aan chronische hoofdpijnen. Vijf hadden vaak last van de rug. Twee van de 5 gaven aan, een lumbale hernia te hebben. Eén had last van habituele schouderluxaties.

8.6 *Betekent het opnieuw opnemen van de somatische anamnese een nutteloze dubblure?*

Ogenschijnlijk zou men de indruk kunnen krijgen, dat het onderzoek dat wij in de vorige paragraaf vermeldde, niet meer dan een herhaling vormt van het werk, dat door de mondchirurg en door ons zelf reeds werd verricht met behulp van de vragenlijsten.

Tijdens ons onderzoek dat wij in de vorige paragraaf vermeldde werden de klachten echter niet louter feitelijk geregistreerd, doch zorgvuldig geëvalueerd naar de wijze, waarop de patient ze bracht en hoe ze functioneerden in het beleven van de patient.

Indien men dit doet, wordt het duidelijk, dat de kaakgewrichtsklachten niet zomaar een incidenteel gebeuren zijn in het leven van deze patienten.

Ze zijn vaak niet alleen emotioneel geladen en bepaald, maar ze passen dikwijls ook in het algehele reactiepatroon van de patient.

Soms hebben ze de plaats ingenomen van vroegere klachten, die ook hun plaats hadden in het genoemde reactiepatroon en ze werden wel gevolgd door nieuwe klachten, die eveneens aan het genoemde criterium voldeden. Men kan zo voor bepaalde patienten series van klachten en verschijnselen opstellen, die een enkele maal gedurende het gehele leven te vervolgen zijn en soms tot zeer vroeg in de jeugd teruggaan.

In dit verband kan een oudere zuigeling reeds aan „dauwworm” lijden, gevolgd door recidiverende bronchitiden. Soms vormen „kindeur-neurotische verschijnselen” of menstruatiestoornissen vanaf het begin van de menarche het startpunt. Soms wordt een dergelijke reeks afgewisseld door psychische symptomen. Vaak kan men veranderingen in het milieu waarnemen, die gepaard gaan met verandering van klachtenpatroon. Voor 10 vrouwelijke en 6 mannelijke patienten konden dergelijke „reeksen” opgesteld worden.

Bij één onzer vrouwelijke patienten werd het volgende geregistreerd. De „reeks” begon met conflicten met haar ouders. Hierop werd gereageerd met flauwvallen. Na enige tijd werd deze klacht gevolgd door hoofdpijn. Daarna kreeg patiente kaakgewrichtsklachten, die niet lang daarna werden gevolgd door een appendectomie, die niet genas zonder complicaties. Nadat zij hersteld was van een gynaecologische operatie, kreeg patiente maagklachten, welke na

enige tijd uitliepen op een maagbloeding. Op het overlijden van haar vader reageerde zij met langdurig „vloeien”.

Een van onze mannelijke patienten leed vanaf het begin van de tweede Wereldoorlog aan, in de loop der jaren verergerende, angineuze klachten. Later kreeg hij last van gewrichtsreuma. Hij nam in het laatst van de oorlog deel aan het verzetswerk. Na de oorlog voelde hij zich miskend. Hij onderging een galblaasoperatie, welke gevolgd werd door een longembolie. Tijdens deze ziekte ontwikkelde zich tevens een symptomatische psychose. Na volledig herstel blijft patient lijden aan wat hij zelf noemt „nerveuze benauwdheden”. Hij voelt zich nog steeds miskend en hij krijgt driemaal achterelkaar een maagbloeding. Zijn vervroegde pensionering wordt gevolgd door een hartinfarct, waarvan hij redelijk herstelt. Dan krijgt hij kaakgewrichtsklachten. Hij vindt nadien werk, dat hem grote voldoening geeft, waarna hij practisch zonder klachten is.

Onze gedachtengang over het voorkomen van de „klachtenreeksen” bij een aantal van onze kaakgewrichtspatienten is dus uitsluitend ontwikkeld aan de hand van autoanamnestische gegevens. Zij is mede gebaseerd op de wijze, waarop de patient het verhaal van zijn klachten „bracht”.

8.7 *Nadere familiegegevens van onze kaakgewrichtspatienten*

Bij de karakterbeschrijving van de vaders van onze 36 vrouwelijke patienten (groep A2) werd door 25 vrouwen aangegeven, dat vader „toch zo’n beste man was”. Achtien dames waren bijzonder gehecht aan hun vader. Twaalf beschreven hun vader als duidelijk overbezorgd. Elf vaders waren bijzonder harde werkers, ze waren ook precies en secuur. Een kleiner aantal werd beschreven als stil, streng en driftig. Een enkele maakte graag ruzie of was kortaf of niet in staat zijn gevoelens te uiten. Eén werd beschreven als zeer gevoelig. Eén was „aan de drank”.

Vijftien van de 36 vrouwen herkenden eigenschappen van hun vader bij zich zelf. Vooral hard werken en geslotenheid werden nu genoemd. Daarna volgden preciesheid en overgevoeligheid. Een enkele vermeldde uiterlijke kalmte, eerlijkheid, besluitvaardigheid, zenuwachtigheid en gauw kwaad worden.

Veertien van de vrouwelijke patienten vonden moeder erg lief en

waren bijzonder aan haar gehecht. Drie dames vonden, dat ze verwend waren door moeder. Precies, „schoon”, hard werken en overbezorgdheid waren de meest genoemde karaktereigenschappen van de moeders van onze vrouwelijke patienten. Driftig en streng werden niet vaak genoemd. Stil, gehaast, flink en gesloten werden wel eens genoemd. Opkroppen en zenuwachtigheid werd slechts éénmaal genoteerd. Slechts één patiente deelde mee dat moeder haar overheerst had.

Twintig van onze 36 vrouwelijke patienten vonden, dat ze wel wat van hun moeder hadden. Het ging hierbij vooral om de eigenschappen: netjes, „schoon” en hard werken. Ook een zekere gehaastheid werd vermeld. Een paar vrouwen zeiden van zichzelf, dat ze net als moeder niet lieten merken, wat er in hen omging.

Bij 15 van de 36 vrouwen (groep A2) werden psychiatrische bijzonderheden in de familie vermeld. Krankzinnigheid en achterlijkheid kwamen voor. In enkele families waren veel zenuwachtige mensen. Bij 2 patienten werd drankzucht in de familie genoteerd. Bij 22 van de 36 vrouwen kwamen ziekten van belang in de familie voor. We noemen hier in volgorde van frequentie: maagklachten (19), astma of bronchitis (7), suikerziekte (5), hypertensie (4), tuberculose (4), hoofdpijn (3), reumatische ziekten (3), galblaasklachten (3), colitis ulcerosa (2), schildklierafwijkingen (1) en eczeem (1).

De helft van onze 15 mannelijke patienten (groep B2) beschreven vader als bijzonder goed. Bijna de helft was zeer gehecht aan hun vader. Haastig in het werk en overbezorgdheid waren eigenschappen, die bij een kleiner aantal van de vaders gevonden werden. Maar één man vond zich verwend door zijn vader. Aanduidingen als stoer en rustig, streng, opvliegend of uitgesproken onaangenaam werden zelden aangetroffen.

Tien van de 15 mannelijke patienten herkenden zichzelf in hun vader. Het ging bij deze gelijkenis vooral om hard werken. Preciesheid, goedhartigheid en drift werden minder vaak vermeld. Een enkele mocht, evenals vader, graag plagen.

Vijf mannelijke patienten vonden moeder een „bijzonder goed mens”. Volgens 4 mannen was hun moeder overbezorgd. Hard werken, besluitvaardig en netjes werden ook genoemd. Eén moeder

werd beschreven als een sloof. Eén was streng en van één werd gezegd, dat ze haar man en haar gezin ontrouw was. Zes van onze mannelijke patienten waren bijzonder gehecht aan hun moeder. Geen enkele vond, dat hij verwend was door zijn moeder. Zes mannen vonden eigenschappen van moeder bij zichzelf terug. Hier stonden hard werken en geslotenheid op de voorgrond. Zorgzaamheid, goedigheid en netheid werden ook wel vermeld.

Van 3 mannen (groep B2) werden in de familie psychiatrische bijzonderheden aangegeven, namelijk: achterlijkheid, epilepsie en alcoholisme.

Bij 8 mannen kwamen in de familie ziekten voor, waarvan vermelding van belang zou kunnen zijn, namelijk: maagklachten (2), astma of bronchitis (4), eczeem (1), tuberculose (2) en galblaasklachten (1).

Als de relatie tussen de ouders ter sprake kwam, werd deze bij alle patienten bijna altijd als bijzonder goed beschreven. De verhouding tot broertjes en zusjes, het zal de lezer reeds niet meer verwonderen, was bijna altijd voortreffelijk.

8.8 *Levensloop, school en werkanamnese*

Zeventien van onze 36 vrouwelijke patienten (groep A2) waren als klein kind zeer druk en beweeglijk. Negen gedroegen zich op jeugdige leeftijd als echte jongens. Zes zouden als kind stil en verlegen zijn geweest. Vier wisten te vertellen, dat ze heel lang „aan de borst waren”. Eén zelfs tot haar vierde jaar. Bij 15 vrouwen werden bij navraag belevenissen uit de jeugd aangegeven, die waarschijnlijk psychotraumatisch gewerkt hebben. Genoemd werden de dood van ouders of zeer nastaande familieleden. Dood of een ernstig ongeval van een broertje of zusje werden als schokkend beleefd en riepen duidelijke schuldgevoelens op.

Duim- en vingerzuigen werden elfmaal genoemd. Nagelbijten kwam bijna even vaak voor en persisteerde zesmaal tot na het 14de jaar. Angsten werden zevenmaal genoemd. Bonzen (5), enuresis (5), slaapwandelen (3) en slecht eten (5) werden minder vaak vermeld. Drie vrouwen hadden als kind wel eens gestotterd.

Bij navraag naar de eerste herinnering bleek deze vaak verband te houden met angst of frustratie.

Over de kleuterschool werden nauwelijks bijzonderheden vermeld. Eén patiënte vermeldde met nadruk, dat ze nooit ruzie had op de bewaarschool. Over de lagere school waren de mededelingen eveneens schaars. Twee patienten hadden naar aanleiding van hun prestaties of hun gedrag op de lagere school reeds conflicten met hun ouders. Zestien van de 36 dames genoten voortgezet onderwijs. Vijf patienten kwamen hierover in conflict met hun ouders.

Veertien vrouwelijke kaakgewrichtslijders vonden, dat ze werkten zonder zichzelf te ontzien. Vaak werd een volledige baan gecombineerd met een huishoudelijke taak in het ouderlijk huis. Ze waren op zeer emotionele wijze betrokken bij hun werk.

Vier werden door de ouders gedwongen een betrekking aan te houden, die hen niet beviel, onder het motief, dat ontslag nemen uit een eens aanvaarde betrekking binnen het jaar onfatsoenlijk zou zijn. Dertien patienten namen geen deel aan het verenigingsleven. Zes gaven op geen vrije tijd of recreatie te kennen. Van de overigen, die wel opgaven zich te recreëren, gaven 17 als hobby op: breien, naaien of de huishouding goed doen; een enkele voegde hieraan toe: „Je moet ja wel”. Vier bleven thuis in de vakantie. Een enkele vermeldde weliswaar, dat ze met vakantie ging, maar dan naar haar getrouwde dochter om die een handje te helpen. Voor 16 dames had de religie reële betekenis. Vijf deelden mede een zekere band met de kerk te hebben.

Zeven van de 15 door ons onderzochte mannen (groep B2), deelden mede, dat ze als kind zeer beweeglijk waren geweest. Drie speelden, naar ze zeiden als kleine jongen veel en graag met poppen.

Mogelijk psychotraumatische belevenissen werden door 7 mannelijke patienten vermeld. Ook hier betrof het het overlijden van vader, moeder of een nastand familielid.

Bij 13 van de 15 mannen is sprake van „kinderneurotische verschijnselen”. De enuresis nocturna stond hier voorop en kwam bij 6 van onze mannelijke patienten voor. Duimzuigen (4) en nagelbijten (4) waren hier even frequent. Nagelbijten tot ver in de volwassenheid kwam wel voor. Er waren 2 stotteraars, die dit nog op latere leeftijd voortzetten. Angsten (4) en slaapwandelen (2) werden minder vaak gevonden. Wat de eerste herinneringen betreft,

deze hielden voornamelijk verband met frustraties. Angsten kwamen hier veel minder ter sprake.

Over de schoolopleiding werd bijzonder weinig vermeld. Vijf mannen werkten uitermate hard in hun beroep. Drie patiënten hadden duidelijke conflicten op hun werk. Eén heeft een ontslag, waaraan hij zelf geen enkele schuld had, toch als vernederend ervaren. Twee werkten na hun pensionering nog hard door. Eén van deze patiënten was drager van een Koninklijke onderscheiding, wegens 40 jaar trouwe plichtsvervulling bij dezelfde werkgever. Vier van onze mannelijke patiënten deelden ons mede absoluut geen tijd voor hobbies te hebben. De 2 gepensioneerden, waarvan hier sprake was, hoorden tot dit groepje. Twee anderen verklaarden, dat hun werk hun hobby was. Acht van de 15 mannen waren min of meer kerkelijk geïnteresseerd.

8.9 *Sexualiteit en partnerkeuze*

Bij 20 van de 36 vrouwen (groep A2) vonden we complicaties rond het gebeuren van de menstruatie. Dit betrof zowel lichamelijke als psychische klachten. Dertienmaal werden hevige pijnen en vijfmaal overmatig bloedverlies aangegeven.

Acht waren angstig geweest bij de eerste menstruatie. Zo meende één patiënte, dat ze wel eens dood zou kunnen bloeden. Twee dames gaven nogal vlot toe, dat ze wel eens masturbeerden. Bij 11 vrouwen werd een duidelijke afkeer van de sexualiteit geconstateerd. Tenminste 6 dames gaven complicaties aan bij de geslachtsgemeenschap. Genoemd werden pijn, geen belangstelling en anorgasmie. Vier vrouwen hadden duidelijk hun eigen sexe niet wezenlijk geaccepteerd, ze waren het leven liever doorgegaan als man.

Vijf van de 36 vrouwen (groep A2) hadden moeite met de partnerkeuze. Een groot aantal hadden over hun partner een zeer positief oordeel. Als men hen geloven mocht, waren hun mannen allemaal rustige, stille, harde werkers, die leiding gaven aan het gehele gezin. Soms werd alleen vermeld, dat de man „goed” was. Eén man was potator.

Vier van de 15 mannen (groep B2) hadden problemen gehad met de onanie. Zeven werden sexuele problematiek duidelijk af. Eén man had iets meisjesachtigs.

Bij de mannen waren er 3 (groep B2), die moeite hadden om tot een partnerkeuze te komen. De vrouwen van de door ons onderzochte mannen werden door dezen beschreven als „goed”, soms wat stil. Het waren hardwerkende vrouwen. De mannen gaven nogal eens te kennen, dat hun vrouw hetzelfde karakter had als zij zelf.

Over de kinderen vonden we weinig in de ziektegeschiedenissen. Enkele van onze patienten leken wel eens te hoge verwachtingen van hun kinderen te koesteren.

8.10 *Het psychiatrisch onderzoek van de vrouwelijke patienten (groep A2)*

Ongeveer de helft van de vrouwelijke patienten zag er ouder uit dan de kalenderleeftijd. Bijna de helft zag er jonger uit. De overblijvenden, een vrij klein aantal hadden het uiterlijk, dat bij hun leeftijd paste. Allen waren keurig gekleed. Een zevental zou men als wat stijfjes en degelijk kunnen bestempelen. Bijna allen waren keurig gekapt, een enkele had het haar een tikje slordig. Drie vrouwen hadden een opvallende make-up. Twee dames hadden gelakte nagels. De helft toonde een zekere terughoudendheid en verlegenheid bij binnenkomen en begroeting. Zeven dames stoven binnen, waren nogal luidruchtig en lacherig en begonnen direct te praten. Meer dan de helft van de dames gaven een slap handje. Bijna allen gingen rustig zitten. Een enkele ging wat stijfjes zitten of „zette zich” bedachtzaam. Velen waren, als ze een keer zaten en begonnen te praten, zeer beweeglijk in hun motoriek. Anderen maakten weinig bewegingen. Eén vrouw was onzeker in haar bewegingen. Bij 6 dames lag er een strakke trek om de mond. Acht vrouwen hadden een strakke mimiek van het gehele gezicht. Vier vrouwelijke patienten hadden opvallend weinig mimiek. Vier anderen hadden daarentegen een levendige mimiek. Eén dame had een zorgelijk zwaardoorgroefd gezicht. Bij één patient bewoog tijdens het spreken het gehele hoofd mee. Voortdurende contracties in de m. masseter werden bij één patiente gezien. Zestien vrouwelijke patienten maakten excessief veel mondbewegingen als ze in affect kwamen, zoals het verstrakken van de lippen, trekken met de gehele mond of een deel ervan of bijvoorbeeld het naar binnenzuigen van de lippen. Twee dames hadden een aangezichtstic. Eén vrouw zat voor ons met terneergeslagen ogen.

Twee vrouwen ratelden aan één stuk. Een aantal had een monotone stem. Bij 7 had de klank van de stem iets onechts en geaffecteerd. Eén vrouw stotterde en 2 spraken afgebeten. Zes vrouwen speelden opvallend veel met hun vingers. Drie lieten steeds hun kunstgebit klikken. Zes dames zaten veel met de hand aan het gezicht en aan de mond, of ze staken zelfs de vingers in de mond. Twee beten tijdens het onderzoek op de nagels.

Het contact was over het algemeen goed. Bij 2 dames had het contact een erotisch wervend, enigszins theatraal tintje.

Bij 7 dames was het affect misschien wat vlak. Bij 11 had het affect een licht onecht coloriet.

De stemming had bij 12 dames een depressieve tint. Bij 3 patienten kon men spreken van een enigszins euphorische stemming.

Over het algemeen functioneerden onze vrouwelijke patienten op normaal begaafd niveau. Vijf hadden een matig intellect en 2 waren zwakbegaafd.

Acht dames hadden lichte bewustzijnsstoornissen, die varieerden van even afwezig zijn tot een lichte sufheid. Derealisatie- en depersonalisatiesymptomen kwamen een enkele keer voor. Bij 6 wat oudere patienten werden aanwijzingen voor lichte organisch-cerebrale stoornissen gevonden, zoals: verlangzaming van het denken en lichte geheugen- en rekenstoornissen. Een enkele patiente persevereerde licht.

Twaalf vrouwelijke patienten brachten hun klachten op klagerige overdreven of onechte wijze. Een groot aantal wist echter hun klachten volkomen zakelijk te brengen.

Drie dames hadden naar ons begrip ziekte-inzicht. Acht dames waren duidelijk gepreoccupeerd met hun gezondheid. Twee patienten hadden een duidelijke kankervrees; ze waren echter reeds op leeftijd.

Tien vrouwen deelden bij navraag mede bezig gehouden te worden door een acute of chronische conflictsituatie.

Een groot aantal vrouwelijke patienten, echter minder dan de helft, wekten positieve gevoelens bij de onderzoeker. Ze maakten een sympathieke indruk en men had het gevoel met geestelijk tamelijk gezonde en vrij sthenische mensen te maken te hebben.

Als de onderzoeker tracht zijn gevoelens in het contact met sommige anderen te omschrijven, dan moet gezegd worden, dat hij moei-

te moest doen lichte negatieve gevoelens te onderdrukken. Dit werd waarschijnlijk veroorzaakt door de onechtheid, soms gepaard aan een grote dosis infantiliteit, de slapte, soms de matige begaving, soms het gezeur of het zich vastklemmen aan het ziekzijn bij deze patienten.

Bij 25 dames traden agressieproblemen duidelijk aan de dag. Ze trachtten bijvoorbeeld tot elke prijs ruzie te voorkomen, ze beheersten zich tot het uiterste of hadden grote spijt over eventueel geuite boosheid. Velen verklaarden met grote nadruk, dat zij geen vijanden hadden, ja beweerden zelfs, dat zo zij al vijanden zouden hebben, deze vijanden op positieve wijze over hen zouden denken.

De helft van de dames vond het moeilijk hun karakter te beschrijven, niet alleen omdat dit inderdaad moeilijk is, maar je zou „eens wat goeds over jezelf” kunnen zeggen en dat zou in strijd zijn met de hoge opvatting, die ze hadden van hun plicht, waaraan eigenlijk geen sterfelijk mens zou kunnen beantwoorden.

Twee dames deelden zelfs spontaan mede zich onwaardig te voelen. Ze waren vaak zeer gehecht aan zogenaamde beginselen of principes. De meesten waren bijzonder netjes en precies. Velen hadden een sterke drang om voortdurend bezig te zijn. Ze waren vaak ambitieus, zonder dit zichzelf direct bewust te zijn. Een aantal beweerde, zich graag op te offeren voor anderen.

Affectieve gevoelens werden vaak duidelijk afgeweerd. Niet weinigen neigden tot opkroppen. Een aantal was niet tevreden met hun vrouwelijke rol. Zich laten opjagen door de klok was iets, dat we vaak van onze vrouwelijke patienten hoorden. Hoewel ze bescheiden leken te zijn, meenden velen in hun hart, dat anderen toch bijzonder grote waardering voor hen hadden. Een aantal hebben een beperkte gezichtskring. Nogal wat hebben helemaal geen toekomstverwachting. De meesten hopen, dat het in de toekomst zo blijft als het nu is.

Een vrij groot aantal had geen wensen voor zichzelf. Ze wensten anderen iets goeds toe. De meesten leken overigens nogal nuchter, ze lieten althans zeker niet openlijk merken, of fantasieën een grote plaats innamen in hun gedachtenwereld en wezen suggesties in deze richting met beslistheid en verontwaardiging af.

8.11 *Het psychiatrisch onderzoek van de mannelijke patienten (groep B2)*

Een derde van de mannen maakte een oudere indruk, een derde leek jonger dan ze in feite waren en de rest beantwoordde in hun uiterlijk aan hun werkelijke leeftijd. Het uiterlijk van bijna alle mannen was netjes. Eén was zelfs bijzonder netjes, misschien wel het meest juist aangeduid met *precieus*.

Voorzover ze niet kaal waren zat hun haar keurig. Een viertal was nogal terughoudend. De onderzoeker werd door bijna allen vriendelijk begroet. Van de 15 onderzochte mannen gaven 5 een stevige hand, waarbij een enkele wat krampachtig was. Bij 6 mannen was de handdruk minder krachtig. De overigen gaven een slap handje. Vijf mannen hadden een strakke gelaatsuitdrukking, één van hen had eveneens een gegroefd voorhoofd. Twee hadden een levendige en 6 een starre mimiek. Eén had een *facialis-tic*. Eén man beet veel op de lip. Drie mannen toonden ondanks een starre mimiek veel mondbewegingen. Bij nadenken trokken 2 mannen nogal wat met hun gezicht, waarbij de optredende spanningen in de kauwspieren duidelijk zichtbaar waren. Eén van de mannelijke patienten had een uitgesproken vastberaden gelaatsuitdrukking. Eén hield de tanden bijzonder stevig op elkaar. Klikken met het gebit en de vinger aan of in de mond werd weinig opgemerkt.

Vier praatten met monotome stem; een sprak heel keurig en voorzichtig en een ander sprak langzaam. Eén sprak op ernstige toon. Twee spraken afgebeten en drie stotterden licht.

Over het algemeen gaven de onderzochte mannen een goed contact.

Bij 5 patienten was de stemming opgewekt. Zes anderen waren licht depressief. Affectlabiliteit of een wat vlak affect werden bij 4 patienten waargenomen. Twaalf van de mannen wekten de indruk gauw uit hun doen te zijn.

Twee mannen moest men als matig begaafd kwalificeren. Drie waren licht dement.

Bewustzijnsstoornissen werden niet waargenomen.

Ziektebesef of ziekte-inzicht was er bij de mannelijke patienten in geen enkel geval.

Zes van de mannelijke patienten wekten bepaald sympathie bij de onderzoeker. Hij werd getroffen door hun netheid, vlotheid, vrien-

delijkheid en plichtsbesef. Er waren een paar pittige felle kereltjes bij. Bij 9 andere mannen daarentegen was de onderzoeker zich bewust, dat hij in het contact zijn licht negatieve gevoelsinstelling niet moest laten blijken. Het ging bij deze patienten dan om eigenschappen als hypochonder, kinderlijk, sloom, gauw gekwetst, dwangmatig, kleverig, meisjesachtig en „moeilijk van karakter”. Twee mannen brachten hun klachten op duidelijk onechte wijze.

De mannen zijn over het algemeen beter in staat zichzelf te beschrijven dan de vrouwen. Bij vele mannelijke patienten komen de werkzaamheden op de eerste plaats. Eén maakte overuren zonder betaling. Ze waren nogal eens netjes en precies. Vele mannelijke patienten neigden er toe om alles in gedachten goed en mooi te laten schijnen. De hele wereld zou goed zijn. Velen onder hen hadden een hekel aan ruzie. Bij een derde van de mannen was de afweer van affectieve gevoelens zeer uitgesproken. Een klein aantal had de neiging, de eigen prestaties in een matig daglicht te stellen. Velen wensten voor zichzelf een stevig arbeidstempo. Een paar stelden zelf, dat ze zo plichtsgetrouw waren. Eén zei zeer tekort te schieten. Eén had er behoefte aan te verklaren, dat hij met iedereen goed overweg kon.

Aan verschillenden merkte men, dat ze agressieproblemen niet onder de ogen durfden te zien. Velen van hen verklaarden, dat ze geen enkele vijand hadden, als men agressieproblemen aan de orde stelde.

Enkelen van onze mannelijke patienten hadden een vrij beperkte gezichtskring. Negen mannen koesterden positieve toekomstverwachtingen, die vooral betrekking hadden op de werksituatie. Vijf anderen hoopten niets van de toekomst en één hoopte, dat het zo bleef als het was. Bij een groot aantal centreerden fantasieën zich rondom de wens om in de wereld vooruit te komen, d.w.z. veel geld te verdienen. Een enkele maal was het menselijk geluk ook onderwerp van hun wensdromen.

8.12 *Het somato-neurologisch onderzoek*

Over het somato-neurologisch onderzoek werd reeds in hoofdstuk 7 gesproken.

Specifieke voor de lijders aan het Syndroom van Costen kenmerkende afwijkingen werden toen niet gevonden. Het symptoom

vegetatieve labiliteit kwam veelvuldig voor. Zoals reeds beschreven kwamen lichte bewustzijnsstoornissen wel eens voor. Soms in die mate, dat de onderzoeker als het ware bij sommige patienten de behoefte aan een electro-encefalogram bij zich voelde opkomen, zonder dat hij meestal een omschreven organisch-cerebraal syndroom kon onderscheiden. Wel viel op dat de onderzochten allerlei micro-symptomen hadden, zoals lichte degeneratieve afwijkingen en andere lichte stoornissen, waarvan men nauwelijks zou kunnen zeggen, dat ze duidelijk pathologisch waren, waarbij wel soms de aandacht viel op een algemene lichamelijke asthenie. Deze bevindingen waren moeilijk nader te interpreteren, daar zij in een controlegroep even frequent voorkwamen.

8.13. *Enige opmerkingen over het psychologisch onderzoek van zes vrouwelijke (groep A3) en vier mannelijke (groep B3) kaakgewrichtspatienten*

Tien lijdens aan het Syndroom van Costen ondergingen een „volledig” psychologisch onderzoek. Afgenomen werden: de Rorschach, de Boomtekeningen, de Vier Platen Test, de Wechsler-Bellevue-Intelligentietest, de Bourbon-Wiersma, de Mira, de Grassi, de Sentence Completion Test, de „Barendregt Test” (dit is de Nederlandse vertaling door BARENDREGT (1961) van de “Two Part Personality Measure”), de Rosenzweig, de Picture Frustration Test, de Tapping Test volgens Meili en de Menstekeningen.

De psycholoog (B. G. Deelman) kreeg de indruk dat het psychische tempo gemeten met de Tapping Test bij de 10 onderzochte kaakgewrichtspatienten mogelijk iets lager lag dan het gemiddelde in de groep van Meili, aan wie deze test ontleend is. Zonder controlegroep waren hier echter geen zekere conclusies over te geven.

Cerebrale regulatiestoornissen werden bij observatie en tests vaak geconstateerd. De vegetatieve labiliteit viel dikwijls op tijdens de observatie.

De algemene indruk was, dat gespannenheid veel voorkwam, zonder dat de psycholoog dit nader in tests kon quantificeren of objectiveren. Met de test van de Barendregt werden hoge scores gevonden voor neuroticisme of scores, zoals bij patienten met somatische stoornissen met een belangrijke psychische component.

Met de Rorschach werden vrij vaak anatomie-duidingen gevonden. Dit zou overeenstemmen met de bevinding, dat zovele patiënten opgaven aan lichamelijke klachten te lijden, zoals nekpijn, rugpijn en hoofdpijn, waarvan bekend is, dat psychische factoren vaak medewerken aan het ontstaan en onderhouden ervan.

De psycholoog had de indruk dat agressieproblemen belangrijk waren, doch had ook hier weer moeilijkheden met het probleem van de quantificering en van de objectivering.

Sexuele stoornissen waren vaak aanwezig, met name werd dit duidelijk door de „Open Sex” (onverhulde sexuele) duidingen in de Rorschach en de verkeerde volgorde in de Menstekeningen. De opdracht bij de menstekeningen luidt namelijk een man en een vrouw te tekenen. Over het algemeen wordt dan door de meeste proefpersonen eerst iemand van het eigen geslacht getekend. Bij onze patiënten werd deze volgorde omgekeerd.

De psycholoog vond vaak een hoog aspiratieniveau.

8.14 *Het electro-encefalografisch onderzoek van tien kaakgewrichtspatiënten (groep A3 en groep B3)*

Van de patiënten die psychologisch werden onderzocht, werd ook een electro-encefalogram afgenomen.

Eén E.E.G. was niet duidelijk afwijkend.

Vijfmaal werden spanningsverschijnselen in de m. temporalis gevonden. De overige stoornissen werden als volgt omschreven:

Regulatieve functies niet optimaal.

Licht gestoorde regulatie.

Regulatie labiel.

Regulatiestoornis met welhaast epileptische tendens.

Hoogactieniveau-E.E.G.

Nogal grote ontspanningstendens.

Vagotonie nogal groot.

Temporale verschijnselen, die met migraine zouden kunnen samenhangen.

Resumerend zou men kunnen zeggen dat er nogal vaak sprake was van regulatieve stoornissen op het E.E.G.

8.15 *Geven de vermelde bevindingen een voldoende duidelijk beeld van de door ons onderzochte lijders aan het Syndroom van Costen?*

Hoewel we nu over meer gegevens beschikken dan de gegevens van het oriënterend onderzoek met de vragenlijst, wordt uit deze veelheid van gegevens nog niet geheel duidelijk hoe nu bij de individuele lijders aan het Syndroom van Costen de verhoudingen liggen. Om dit beeld voor de lezer te verlevendigen zullen in een volgend hoofdstuk nog een aantal individuele ziektegeschiedenissen van lijders aan het Syndroom van Costen een plaats vinden.

Besproken zullen worden: De patienten van de groepen A3 en B3 en bovendien nog 3 patienten, die door mij klinisch werden geobserveerd.

EEN AANTAL INDIVIDUELE ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

In de volgende ziektegeschiedenissen is een belangrijke plaats ingeruimd aan het zelf associëren van de patient. Om deze reden worden bepaalde onderwerpen soms in een ongebruikelijke volgorde behandeld.

9.1 *Een ongelukkige, door haar man in de steek gelaten, dochter van een bazige moeder*

Mevr. X., een thans 40-jarige vrouw, heeft sinds jaren last van „oorpijn”. Overdag moet zij er voor rusten en 's nachts kan zij er soms niet van slapen. De pijn aanvallen zijn zeer frequent en duren enige uren. Koude aan de rechtergezichtshelft is zeer onaangenaam. Drukke bezigheden, waarbij patiente de tanden op elkaar klemt, doen de pijn toenemen. In haar slaap bijt zij op haar kiezen. Patiente heeft het gevoel, dat het rechter kaakgewricht niet meer in elkaar past. Zij onderging, zonder resultaat, een tonsillectomie, wegens hardnekkige keelpijn ter hoogte van de m. pterygoideus med. dext. Patiente heeft reeds jaren last van het heupgewricht. Zij werd hiervoor herhaaldelijk bestraald. Zij krijgt nu last van de schouders.

Op de röntgenfotos van de kaakgewrichten werden geen duidelijke morphologische afwijkingen gezien. De bewegingsmogelijkheid van deze gewrichten was iets te groot.

Mondheelkundige diagnose:

Geringe hypermobilititeit van het kaakgewricht met aangezichtspijn. Parodontopathie mixta.

Biografische anamnese:

De klachten zijn begonnen, toen patiente in 1945 met haar kinderen bij haar ouders introk. Haar broertjes en zusjes waren toen nog thuis. Een jaar geleden was het zo erg, dat zij niet meer kon liggen. Het was heel vreemd: „Haar hoofd lag haar in de weg”. Het is nu veel beter, maar nu heeft ze af en toe last van ontzettende hoofdpijn. De hoofdpijn had ze, toen haar kaakgewrichtsklachten onstonden, niet. Deze pijn zou komen door het feit „dat ze zo gesloten is”. Ze is door een KNO-arts eens verwezen naar een zenuwarts. De verwijfsbrief heeft ze toen verscheurd. Ze dacht: „Mij mankeert niets”.

Toen ze zeven jaar oud was onderging ze, na eerst een jaar gesukkeld te hebben, een blindedarmoperatie. Tevoren had men de oorzaak niet gediagnosticeerd. Van onderen is het sinds 2 jaar allemaal „uitgezakt”. Het zou geen „verzakking” zijn, toch heeft ze er een „ring” voor gedragen.

De menstruatie was 3 jaar geleden al een jaar weg, maar toen haar zuster plotseling zeer ernstig ziek werd, begon ze weer te menstrueren. Enkele maanden later heeft haar zuster een „zwarte” operatie gehad en is de menstruatie

van „schrik” weer weggebleven. Patiente rookt tien sigaretten per dag. Ze heeft een hekel aan medicijnen. In de familie komt drankmisbruik voor.

De vader is overleden. Hij was een goedgezinde man, was „aardiger” dan moeder. Toch had ze momenten, dat ze hem liever zag gaan dan komen. Hij was „wijs” met patiente.

Moeder is wel een knappe vrouw, maar ze heeft een vals gezicht. Moeder was „altijd ziek maar nooit dood”. Patiente moest dientengevolge vanaf haar vijftiende jaar de huishouding doen. Zuchtend vertelt patiente, dat moeder vroeger erg bazig was, maar nu zou patiente dat niet meer nemen. Moeder is wel overbezorgd, maar heeft toch niet zoals een echte moeder alles voor een kind over. Moeder is veelvuldig geopereerd, ze is thans bedlegerig. De verhouding tussen de ouders was niet bijzonder goed: „Vader was erbij in”.

Een zuster van patiente werd geopereerd aan de maag, de galblaas, de blinde darm en adhaesies in de buik. Er werden vijf operaties in vier jaar tijd verricht. Een andere zuster heeft eveneens maagklachten. Deze zuster is wat aan de luie kant. Ze is opvliegend en kwaadsprekend. Patiente heeft altijd ruzie met deze zuster.

Patiente werd geboren na een moeilijke bevalling. Met 7 maanden zou ze reeds hebben kunnen lopen en staan. Ze was een erg beweeglijk en druk kind. Van spelen met poppen hield ze niet. Vanaf haar vijfde jaar is ze bang voor vuur. Ze blies het theelichtje uit en was dan nog bang voor brand. Op de lagere school trok ze veel met jongetjes op. Ze verliet de ULO in de derde klas om thuis te gaan helpen. Ze moest wel. Zou ze weer mogen kiezen, dan zou ze bij de Marva willen. Tot haar 20e jaar is ze thuis gebleven. Er werd in die tijd veel van haar gevergd.

Ze werd niet seksueel voorgelicht. De eerste menstruatie vond ze een „grote” gebeurtenis. Ze had pijn tijdens de menstruatie, zodat ze naar bed moest. Toen ze geslachtsgemeenschap kreeg met haar toekomstige man, verdwenen de menstruatiespijnen. De geslachtsgemeenschap was nimmer bevredigend. Op twintigjarige leeftijd huwde ze gedwongen. Haar man verliet haar na vijf jaar. Nadien ging ze met haar kinderen bij haar ouders inwonen en kreeg ze het bijzonder druk met de volledige huishouding van het ouderlijke en haar eigen gezin. Met haar kinderen gaat het op school niet zo goed. Ze zijn erg nerveus. Een kind lijdt aan enuresis nocturna.

Patiente ziet er oud uit voor haar leeftijd. Ze maakt overigens een gezonde indruk. Het haar zit wat slordig, maar ze is verder netjes gekleed. Ze heeft voortdurend de hand aan de mond.

In het contact is patiente overdreven en lacherig; het heeft iets erotisch wervends. Ze geeft een klamme maar stevige hand. Ze lijkt zeer gespannen. Hoewel uiterlijk opgewekt bestaat er een duidelijk depressieve grondstemming. Affecten worden sterk afgeweerd. Er is slechts een schijnbare aanvaarding van de sexualiteit. Agressieve impulsen worden onderdrukt. Hoewel het lijkt alsof de klachten op zakelijke wijze worden gebracht, kan de onderzoeker zich toch niet aan de indruk onttrekken, dat er wordt overdreven. Patiente is iemand die het werk niet goed kan laten liggen. Overdreven precies is ze niet. Dat ze zich uit is maar schijn, in wezen houdt ze de dingen, die haar beroeren voor zichzelf. Ze wordt gekweld door insufficiëntiegevoelens, die patiente geacquireerd heeft in de relatie met haar dominerende veeleisende moeder. De hierdoor gewekte agressie kan patiente moeilijk uiten. Ze denkt dat ze alleen nog maar gekheid kan maken. Ze komt hierdoor tot een geforceerd quasi-opgewekt gedrag, waarmee ze nog enigszins haar gespannenheid en insufficiëntiegevoelens kan afweren.

Uit de anamnese en uit de wijze waarop patiente haar klachten in het contact presenteert, krijgt men aanwijzingen voor een neiging om bij psychische belasting in de somatische sfeer te reageren.

De psycholoog (B. G. Deelman) zegt onder andere van patiente, dat zij een

quasi hartelijke, showachtige, wat onechte vrouw is. Haar verstandelijke capaciteiten liggen iets boven het gemiddelde. Ze probeert haar gespannenheid en angst de baas te blijven door een vlotte, wat bruuske houding aan te nemen. De psycholoog vindt een gestoorde sexualiteit met anale preoccupaties. Hij vindt geen aanwijzingen voor organische factoren.

Patiënte is een vrouw van pycnische lichaamsbouw. De lichaamsbehandling is schaars. De slijmvliezen zijn matig geïnjecteerd. De bloeddruk bedraagt 110/65 mm.Hg.

De linker oogspleet is iets smaller dan de rechter. Bij het somato-neurologisch onderzoek werden overigens geen duidelijke afwijkingen gevonden.

Het electro-encefalogram (A. M. Hamoen) was niet afwijkend.

Diagnose: Syndroom van Costen bij neurotische vrouw. De neurose wordt voornamelijk gekenmerkt door hysterische en in mindere mate dwangmatige trekken. Er bestaat een sterke neiging om bij psychische stress met somatische klachten te reageren.

De kaakgewrichtsklachten lijken in sterke mate mede samen te hangen met agressieproblematiek ten opzichte van de kille dominerende moeder, welke sterk geactiveerd werd toen ze weer in het ouderlijk gezin kwam wonen en zijn ook een uiting van een algemene neurotische gespannenheid, die mede in de hand gewerkt wordt door de overige grote levensmoeilijkheden, waarin deze door haar man verlaten vrouw verkeert.

9.2 Een dwangmatige man ontworstelt zich aan de asocialiteit

X., een zesentwintigjarige grondwerker, heeft sinds een jaar last van zodanig luid knappen van het linkerkaakgewricht, dat de anderen aan tafel er last van hebben. Sinds een half jaar bestaat er pijn in het linker kaakgewricht. Hij kan de mond niet meer geheel openen. Opent hij de mond te ver dan ontstaat een stekende pijn in de linker wang. De pijnscheuten kunnen uitstralen naar de zijkant van het hoofd. Soms verdwijnt de pijn vrij snel, soms wordt zij gevolgd door hoofdpijn. Die hoofdpijn heeft hij veelal links aan de zijkant van de schedel en boven de ogen. Druk boven het linker oog doet de pijn afnemen. Voorgeschreven pijnstillende poeders hebben wel eens maagpijnen veroorzaakt. Soms heeft hij pijn in de linker schouder.

Hij is wel eens onderzocht wegens rugklachten. Hiervoor kreeg hij steunzolen voorgeschreven. De linker knie is af en toe pijnlijk, zonder dat er ooit afwijkingen aan geconstateerd zijn, aldus patiënt.

Bij het röntgenologisch onderzoek van de kaakgewrichten wordt gevonden, dat de bewegingsmogelijkheid van het kaakopje links kleiner is dan rechts. Aan de voorzijde links is een erosie, de grenslamel is onderbroken en de botstructuur toont vage ophelderingen. Het rechter caput is aan de voorkant afgevlakt en vertoont een geringe randhypertrophie.

Mondheelkundige diagnose:

Arthrosis deformans van beide kaakgewrichten met röntgenologische afwijkingen.

Biografische anamnese:

Patient zegt zelf dat hij het ontstaan van zijn klachten niet in enig verband kan brengen met psychische moeilijkheden. In de tijd dat de klachten ontstonden, woonde hij in een slechte buurt, waar hij zich vaak geërgerd heeft. De burens waren dieven en ze vernielden alles op zijn erf. Toen had hij ook veel last van hoofdpijn. Als hij het druk heeft krijgt hij ook hoofdpijn. Eveneens als hij het werk niet „naar zijn eigen zin” voor elkaar kan krijgen.

Hij werd klinisch geobserveerd. De zenuwarts (P. S. Eringa, Assen) vond geen somatische oorzaak voor de hoofdpijn. De KNO-arts meende de klachten te kunnen verklaren door een afwijking van het neusseptum en verrichtte 2 jaar geleden een septumresectie.

Soms heeft patient pijn in de hartstreek. Hij heeft „slechts” om de twee dagen ontlasting en moet er dan „erg tegen aan persen”. Hij meent zelf dat hij vaak geobstipeerd is. Hij zou last van een „breuk” links hebben. Later traden, zoals reeds eerder vermeld, rugklachten op, die door patient ten dele geweten werden aan een tevoren ondergane lumbaalpunctie. Onlangs heeft hij een lichte hersenschudding gehad. Tot voor kort dronk patient een „steverige borrel”. Hij is hiermee opgehouden, omdat hij meende dat de alcohol een ongunstige invloed had op de hoofdpijn. Hij rookt een „pakje” per dag.

Vader is los werkmán. Hij lijdt aan eczeem. Vader is niet zo slecht, maar als hij kwaad was, „dan kreeg je wat”. Hij lustte wel een borreltje zonder ooit dronken te zijn. Patient is erg verwend door vader. Hij lijkt veel op zijn vader en is ook erg aan hem gehecht. Beide zijn „echte bloemenliefhebbers”. Vader is hertrouwd. Terwijl patient hierover spreekt, trekken zijn lippen strak en wordt hij motorisch zeer onrustig.

Moeder is nu een sloof. Vroeger zou ze wel netjes zijn geweest. Ze was ontrouw en is bij hen weggegaan. Hij weet nog dat moeder uit huis ging en tegen hem zei, dat hij zich maar moest zien te redden. Hij was toen 13 jaar. Nu, hij heeft zich gered en heeft ook later tegen moeder gezegd, dat „hij haar niet meer nodig is”. Een stiefgrootmoeder van moeders kant, waar hij wel eens een tijdje in huis is geweest, is psychisch gestoord. Zij zou hem wel eens met een mes achterna gezeten hebben.

Ze woonden in een heel armoedig huis, een soort plaggenhut. Ze sliepen met drie kinderen in één bed. De oudste broer is zwakbegaafd. Dan volgt patient. Twee andere kinderen zijn in gestichten opgevoed.

Als klein kind zou hij veel met het hoofd gebonsd hebben. Hij wilde nooit goed eten en zoog veel op zijn duim. Tot zijn 19e jaar heeft hij nagels gebeten.

Op de lagere school kwam hij niet verder dan de vijfde klas. Hij bleef twee maal zitten. Het leren interesseerde hem niet. Hij werd ook vaak thuis gehouden, omdat hij mee moest om op het land helpen. Als zijn broertjes door andere schoolkinderen werden uitgescholden, sloeg hij erop. In de vakantie moest hij mee „aardappels zoeken” achter de arbeiders aan. De boeren wilden hem het liefst hiervoor hebben, omdat hij zo precies was. Deze dwang tot nauwkeurigheid zou plotseling zijn opgetreden, toen hij 13 jaar oud was.

Toen moeder wegliep, raakte - patient was toen 13 jaar - de hele huishouding uit elkaar, hetgeen diepe indruk op hem heeft gemaakt. Hij kwam bij de boer. Hier werd hij uitgebuit, omdat hij toch maar een „voogdijkind” was. De boer schold veel op hem, maar bij de voogdij prees de boer hem. Bij een tweede boer moest hij ook zo hard werken. Nu heeft hij goed en vast werk bij de Ned. Heide Mij. Soms heeft hij een hekel aan zijn werk. De tuin, de bloemen en de kippen, daar houdt hij van en daar besteedt hij zelfs zijn vakanties aan. Nu heeft hij een goed huis, maar tevoren waren ze slecht behuisd.

Sexuele voorlichting kreeg hij niet. Hij hoorde het wel van vriendjes en vanaf je twaalfde jaar speelde je wel eens met de „wichter” dat je man en vrouw was en kinderen had. Op zijn 17e jaar coïteerde hij voor het eerst met een meisje, dat hij een paar maanden kende. Hij vond het wel „mooi”. Hij ging „dan eens met die en dan eens met die”. Gemeenschap had hij maar zelden.

Eenmaal in de week samenleving is hem nu ook vaak genoeg. De seksuele relatie met zijn vrouw zou echter bevredigend zijn. Ze passen coïtus interruptus toe.

Zijn vrouw was in verwachting, toen ze na 27 maanden verkering trouwden. Dat was eigen wil, zoals hij het uitdrukt. Ze is goed. Ze neemt de dingen nogal licht op en houdt van mooie spullen.

Patient ziet er voor een grondwerker keurig uit. Naar het uiterlijk te oordelen schat men hem ouder dan zijn leeftijd. Hij komt weifelend binnen en groet verlegen. Hij geeft een slappe hand. In het contact is hij zeer terughoudend en geremd. Hij maakt een slome en trage indruk. Hij beweegt weinig en zit de onderzoeker aan te loeren met een paar diepliggende ogen van onder een paar borstelige wenkbrauwen. Wordt hij affectief geraakt, dan kan hij niet meer stil blijven zitten en worden duidelijke contracties zichtbaar in de m. masseter. Het intellect lijkt matig, doch valt bij nauwkeuriger exploratie mee. Patient praat langzaam met een monotone weinig modulerende stem. Hij is chronisch wat ontstemd, waarover hij zich eigenlijk schuldig voelt. Hetgeen zijn stemming een depressieve tint verleent. Het affect lijkt wat vlak en weinig diepgaand. Het denken is traag en dwangmatig. Hij is zeer gepreoccupeerd met kleinigheden. Het werk moet allemaal even netjes en precies. Duidelijke fobieën zijn er niet, maar patient deelt mee geen held op straat te zijn. Hij is een wat mopperige, zuinige en spaarzame man. Anamnesticus komt naar voren dat lichamelijke klachten nogal eens samenvallen met psychisch belastende omstandigheden. Deze lichamelijke klachten hebben ten dele een conversie karakter en zijn ten dele uiting van de spanning, waaronder deze in zijn affectieve relaties gestoorde man leeft, doordat hij tot elke prijs tracht te voldoen aan de strenge, vooral sociale eisen, die hij zichzelf stelt.

De psycholoog (B. G. Deelman) beschreef patient samenvattend als een karakterneurotische man met middelmatige praktische capaciteiten en een zwakke theoretische begaving, die evenwel in het contact de indruk maakte boven dit niveau te liggen. Rekening dient gehouden te worden met de gebrekkige schoolkennis van onderzochte.

Lichte aanwijzingen voor een organische stoornis werden aangetroffen. Dynamisch gezien zijn de sterke dwangneurotische afweermechanismen nauwelijks in staat patient zijn spanningen en angsten te doen doorstaan, temeer waar hij weinig mogelijkheden tot constructieve oplossingen bezit en bij problemen blijft steken in een rancuneus besef van frustratie. Genetisch zijn behalve fixaties aan de anale fase vooral castratieproblematiek en waarschijnlijk hiermee samenhangende algemene inferioriteitsgevoelens van belang.

Patient heeft een leptosome lichaamsbouw. Het gehele lichaam voelde wat klammig aan. De slijmvliezen waren matig geïnjecteerd. In de rechterlies werd een erwtgroot kliertje gevonden. Het gebit was slecht verzorgd. De glandula thyreoidea was even te voelen. De borstkas is iets ingetrokken. Er bestaat een thoracale kyphose. De lumbale lordose van de wervelkolom was verstreken. De pharynxreflex was negatief. De peesreflexen aan de benen waren zeer laag. De buikreflexen waren levendig. Overigens werden bij somato-neurologisch onderzoek geen duidelijke afwijkingen gevonden.

De conclusie van het electro-encefalogram (A. M. Hamoen), luidde: Misschien kan gesproken worden van een gespannen zijn. Daarnaast bestaan lichte tekenen van een gestoorde regulatie. De linker m. temporalis kan niet geheel worden ontspannen.

Diagnose: Syndroom van Costen bij matig begaafde neurotische man met mogelijk lichte organisch-cerebrale stoornissen.

Het gestoorde contact en de vrij duidelijke orale problematiek pleiten voor een vroeg infantiele stoornis. Daarnaast beheersen de dwangverschijnselen en de bedreiging door zijn insufficiëntiegevoelens het klinische beeld. Patient probeert zich onder grote spanning vooral sociaal aangepast te gedragen. De tol die hiervoor geëist wordt, bestaat uit een chronisch min of meer dysphore stemming en somatische klachten onder andere liggend in de sfeer van spieren en gewrichten. Ten dele zijn zij van conversief karakter, maar zij geven mede uiting aan de hoge spanning waaronder patient leeft.

9.3 *Een zwakbegaafd, organisch-cerebraal gestoord meisje, dat door het sensitieve aandeel in haar karakter extra zwaar tilt aan haar plichten*

Mej. X., is een twintigjarige, ongehuwde werkster. Ongeveer 3½ jaar geleden, na een val op het ijs, begon haar rechter kaakgewricht pijn te doen en te knappen. Zij bijt vrijwel de gehele dag, vooral als zij het druk heeft, op de binnenkant van haar linker wang. Waarschijnlijk zijn hierdoor de hoektanden geabradeerd. De openingsbeweging van de mond is sterk propulsief.

Bij röntgenonderzoek van de kaakgewrichten zijn de beide kopjes goed beweeglijk. Het rechter caput neigt tot de vorming van een randhypertrophie.

Mondheekundige diagnose:

Hypermobiliteit van het rechter kaakgewricht met intermediair knappen.

Biografische anamnese:

Drieëneenhalf jaar geleden knapten de kaakgewrichten. Het paste als het ware niet meer in elkaar. Ze kon haast niet meer eten. Ze was heel moe in de kaak. Als ze druk bezig was werd het erger. Ze is een jaar vrij van kaakgewrichtsklachten. Nu heeft ze ongeveer een jaar alle dagen hoofdpijn gehad. Het kwam zomaar opzetten. Als ze erge hoofdpijn heeft, begint ze met haar ogen te knippen en heeft ze last van duizelingen. Ze durft dan niet achterom kijken. Nadat ze een bril gekregen heeft, is de hoofdpijn verdwenen. Sedert haar zesde jaar heeft ze maagklachten gehad, maar dat is sinds een jaar beter. De huisarts sprak van „zenuwen”. Voor de menstruatie is ze een beetje kribbig. Het is niet meer zo erg als eerst met de menstruatie, nu heeft ze „meer pijn, vroeger had ze meer last”.

Vader is 45 jaar. Iedereen mag hem graag. Hij is niet uitgelaten en toch prettig en grappig. Hij is niet streng. Hij is goedgevoelend en moppert niet gauw. Hij bekleedt vele bestuursfuncties. De laatste 2½ jaar heeft hij niet meer gewerkt. Hij heeft maagklachten en last van „bloeddiarree”. De huisarts had gezegd dat „het zenuwen” waren. Is er iets bijzonders thuis, dan is het weer mis met vader.

Moeder is een leuke vrouw. Ze is niet streng. Moeder lijdt aan suikerziekte, nierstenen en eczeem. Reeds drie keer deed ze een rustkuur voor een maagzweer. Suikerziekte komt voor in de familie van moeder. Het gezin van moeders zuster zou in zijn geheel achterlijk zijn. De verhouding tussen de beide ouders is goed. Ze komen beide uit grote „kerkelijke” gezinnen. Het zijn mensen van beginselen. Liefhebberijen kennen ze niet.

Patiënte is de vierde van dertien kinderen. Een zusje is niet zo sterk. Een andere zuster van 16 jaar heeft veel last van hoofdpijn. De jongste van 7 jaar is erg nerveus en heel druk. Ze heeft last van eczeem. Patiënte vindt al die kinderen wel een beetje druk.

Patiënte was een hele rustige baby, die altijd sliep. Als klein meisje huilde ze veel. „Eier zoeken” was haar liefste bezigheid. Ze had als kind last van zweren aan de benen en als andere kinderen met blote benen mochten lopen, moest zij lange wollen kousen aan. Tot haar negende jaar lag ze met haar hoofd te schudden voor het inslapen. Toen ze naar school ging, zoog ze niet meer op haar duim. Aan nachtmerries en slaapwandelen leed ze tot haar dertiende jaar.

Op school is ze in de eerste klas blijven zitten. Schrijven was haar liefste vak.

Met 12 jaar kwam ze van school. Ze ging 1 jaar naar de huishoudschool. Daarna moest ze moeder helpen. Dat deed ze wel graag.

Maar daarnaast werkte ze in volle dagtaak in een fabriekscantine. Ze had vroeger nooit ruzie of moeilijkheden op haar werk. De laatste tijd zijn er echter wel moeilijkheden, maar „ze verkropt dat”. Er is een nieuw meisje gekomen op een plaats, die zij eigenlijk had willen hebben. Dit nieuwe meisje presteert echter niet voldoende, zodat ze haar moet helpen; „dat is christenplicht”. Ze kan dan echter met haar eigen werk niet goed klaarkomen, doordat ze er steeds bij weg moet. Nu wordt de baan haar samen met het helpen thuis een beetje te veel. Ze is er wat huilerig en overspannen van geweest.

De eerste menstruatie kwam met twaalf jaar. Hoewel ze voorbereid was, schrok ze ervan. Op haar tiende jaar werden de borsten dikker en dat vond ze vervelend. Ze had nog nooit geslachtsgemeenschap. Haar langste verkering was een half jaar. Deze vriend dronk vreselijk. Hij was van een andere kerk en wilde nooit over het geloof praten. Op het ogenblik heeft ze geen vriend.

Het gezin is goed beheerd. Ze slaapt met drie zusjes op een kamer. Ze is lid van de meisjesvereniging, maar kan geen „inleidingen” maken. Ze heeft geen liefhebberijen. Haar vrije tijd brengt ze thuis door. Ze gaat zelden naar een film, zeker niet in een bioscoop. Daar voelt ze zich niet thuis. De godsdienst betekent veel voor haar.

Patiënte is een wat plomp gebouwd, enigszins sloom, pasteus meisje. Men schat haar iets ouder dan haar leeftijd. Bij binnenkomst geeft ze een slappe, klamme hand. Het haar zit wat slordig. De kleding is zeer eenvoudig. Ze spreekt met een zachte weinig modulerende stem. Ze is in het contact wat stug. Het bewustzijn is niet optimaal. Men heeft het gevoel dat patiënte van tijd tot tijd wel eens eventjes „wegzweeft”. Het affect is weinig diepgaand. De stemming is gelijkmatig. Ze is noch opgewekt, noch in de put. Ze is zwakbegaafd. Het denken is primitief en verloopt wat traag. Ziektebesef is er niet. Ze zit rustig op haar stoel, wat achterovergeleund en het gezicht toont weinig mimiek. Ze geeft zich niet gemakkelijk en ze uit zich niet gemakkelijk. Ze kropt gewoonlijk op en ze is gevoelig, maar, zeer zelden, als ze zich te zeer in het nauw gedrongen voelt, houdt ze zich toch ook niet stil. Ze heeft er dan echter een hekel aan, als de anderen haar er zwart om aankijken. Ze heeft nooit ruzie. Ze beweert zich nooit te ergeren. Wat het werk betreft zou ze wel weten van ophouden. Ze is echter erg precies op haar werk.

Patiënte is een primitief, zwakbegaafd meisje. Ze is geremd, doch komt na een tijdje wel los. Agressieproblematiek is duidelijk. Er bestaat een streng Über-Ich bij matige capaciteiten. De bewustzijnsstoornissen vormen een factor ten ongunste.

De psycholoog (B. G. Deelman) vindt patiënte een zeer primitief, gespannen meisje, dat bij haar pogingen een flinke indruk te maken, een geforceerd en affect-geïsoleerd patroon ontwikkelt. Hij wordt getroffen door de duidelijke agressieremming.

Het gemiddelde I.Q. volgens Wechsler is 82. De onregelmatige Bourdon-curve maakt een bewustzijnsanomalie waarschijnlijk. Bij de tapping-test volgens Meili was het tempo traag.

Het Rorschachprotocol is weliswaar primitief, maar toch gedifferentieerder

dan men zou verwachten. Er is een aanduiding voor sensitieve trekken. Er blijkt een grote angst voor menselijk contact. Er zijn enige sexshocks en aanduidingen van een heftige agressieproblematiek, op de achtergrond waarvan een „castrerende” moeder.

In verband met de „kaakklachten” releveert de psycholoog de duidingen: „twee heksen, die tegen elkaar zitten te bekken” en „rupsen, die zich er zo doorheen-vreten”.

De psycholoog wijst concluderend onder andere op een affectbehoefte samengaand met een grote angst voor contact en een agressieremming. Waarschijnlijk speelt een ambivalente relatie met een dominerende „castrerende” moeder een rol. Patientie tracht zich staande te houden met primitieve mechanismen als ontkenning en omkering in het tegendeel. Zij is er sterk op gericht naar buiten een flinke indruk te maken, hetgeen op de toeschouwer een geforceerde, wat kille uitwerking kan hebben.

Bij algemeen somato-neurologisch onderzoek vinden we een meisje van pycnische lichaamsbouw met „asthene inslag”. In het gezicht, vooral rond de kin, bevinden zich nogal wat ontsierende acné-puistjes. De handen en de voeten zijn erg klam. Er bestaat een positieve dermatographie. De polsfrequentie is 104 p/m, de bloeddruk bedraagt 140/90 mm.Hg. De peesreflexen aan armen en benen zijn laag. Ze heeft uitgesproken platvoeten. De lichte bewustzijns-schommelingen werden reeds beschreven. Overigens werden geen duidelijke afwijkingen gevonden.

Uit het electro-encefalogram werd geconcludeerd (A. M. Hamoen) dat mogelijk de ontspanningstendens of de vagotonie nogal groot was. Het waargenomen hoog frequente alfa-ritme wordt vaak gevonden tezamen met een neiging tot angstig reageren. De mm. temporales waren dikwijls gespannen, maar konden toch ook langdurig ontspannen worden.

Diagnose: Syndroom van Costen, bij zwakbegaafd, vegetatief-labiel, primitief meisje met sensitieve trekken in haar karakter en lichte bewustzijnsdysregulaties. Er is bij stress een neiging tot reacties in de somatische sfeer.

De kaakgewrichtsklachten liggen min of meer in het vervolg van de maagklachten en worden weer gevolgd door hoofdpijn. De kaakgewrichtsklachten zijn uiting van de grote spanning, waaronder dit meisje leeft.

Het is verleidelijk om de kaakgewrichtsklachten te zien als uitdrukking van de ambivalentie; wel agressief willen zijn en niet agressief mogen zijn; willen bijten en niet mogen bijten. De spanningen worden bevorderd door het strenge plichtsbesef en het sensitieve karaktertaandeel, waartegenover een tekortschietend cerebraal-organisch instrumentarium staat. De val op het ijs is aanleiding geweest tot een fixatie aan mond en kauwstelsel. Dit orgaansysteem was vanuit de gewoonte, om op de binnenkant van de wang te bijten, toch al min of meer gepredisponeerd om betrokken te wor-

den bij somatische functiestoornissen, die zich lenen om uitdrukking te geven aan neurotische spanning en symptomatologie.

9.4 *Een overvriendelijke passieve jongen*

X., een 23-jarige middelbaar technicus werd door de huisarts naar de mondchirurg verwezen wegens pijn in de streek van de rechter kaak en het rechter oor. Reumatoloog en KNO-arts vonden geen afwijkingen op hun vakgebied. Het was begonnen met knappen en stijfheid bij het rechter oor. Patient gaf pijn aan in de rechter masseterstreek uitstralend naar frontaal. 's Morgens was het net of het kaakgewricht vastgeroest zat.

Rechter schouder en rechter knie knapten af en toe. Patient had eveneens last van een moe gevoel in de armen en pijn in de rug. Hij had zijn kaakgewrichtsklachten voor het eerst opgemerkt, nadat hij was overgegaan in een betrekking, die hem aanvankelijk niet zo goed beviel.

Bij het openen van de mond bleek bij onderzoek een geringe deviatie naar rechts te bestaan. De openingsbeweging was sterk propulsief. Het gebit verkeerde in redelijk goede toestand. Als ongunstige factoren kwamen de uitgegroeide verstandskiezen, de sterke propulsie en de „diepe beet” in aanmerking.

Bij röntgenologisch onderzoek bleek de rechter gewrichtsspleet iets vernauwd. Het gewrichtsoppervlak was iets geërodeerd. De beweeglijkheid was beperkt.

Patient werd voor nader onderzoek naar de neuroloog (Dr. H. K. G. Bartstra) verwezen. Er werd een licht dubbelzijdig scalenus syndroom gevonden. Verder werd de diagnose myasthenie gesteld en werd er prostigmine voorgeschreven.

Mondheelkundige diagnose:

Arthrosis deformans van het rechter kaakgewricht met knappen en lichte bewegingsbeperking.

Biografische anamnese:

Patient heeft nu pijn in het rechter kaakgewricht. Hij krijgt ook links pijn. Door op het kaakgewricht te drukken kan hij de pijn laten verdwijnen. De pijn straalt uit naar nek en schouders en „trekt ook op” het rechteronderooglid. Ook de rechtermondhoek is een beetje „lammig”. „De kaak ging wel eens uit het potje”, maar sinds de mondheelkundige behandeling is dat over. Hij heeft ook hoofdpijn.

Hij schrijft het eerste optreden van de kaakgewrichtsklachten toe aan „kou”. Rug en been zijn twee jaar geleden wat pijnlijk geweest, maar sinds een operatie voor „niergruis” heeft hij geen klachten meer gehad. De moeheid in de armen is nu over met prostigmine. De neusamandel is verwijderd, omdat men meende dat deze „weerpain” gaf in de kaak.

Patient rookt 15 sigaretten per dag. Hij zegt: „Het ontspant weer eens effe”. Zijn vader is overleden, toen patient nog heel klein was.

Moeder is zorgzaam en goed, ze laat niet gauw iets zitten. Ze is erg zelfstandig. Als ze ergens mee bezig is, moet het klaar. Dat heeft patient ook. Moeder heeft hem goed opgevoed. De relatie tussen de ouders zou goed geweest zijn.

Patient was een drukke baby en als kleuter een drukke jongen, die alles vernielde.

Van zijn vierde tot zijn achtste jaar bonsde hij veel in bed. Dat zijn vader zo vroeg overleden was, vond hij erg naar, want andere kinderen hadden wel een vader. Op school vocht hij nooit.

Zijn werk als onderhoudsmonteur, doet hij zo goed mogelijk. Is er wat kapot, dan gaat hij ermee door en weet hij niet van ophouden. Hij kijkt dan niet naar de tijd.

Met 15 jaar had hij zijn eerste polluties. Sexuele voorlichting kreeg hij van de onderwijzer op de M.U.L.O. Onaneren deed hij „stiekum” sinds zijn vijftiende jaar. Hij dacht dat het niet mocht. Hij heeft twee keer gecoiteerd en vond het wel prettig. Hij heeft een tijd verkering gehad en is ook wel gesteld op meisjes, maar hij wil geen vaste verkering. Hij houdt van het vrije leven. Hij woont bij moeder en is hier tevreden mee. Hij knutselt graag. Hij is „streng” Rooms-Katholiek.

Patient is een heel vriendelijke jongeman. Zijn haar zit erg netjes. Hij geeft een stevige hand. Tijdens het interview zit hij in gebogen houding. Het contact is goed, maar hij is wat verlegen. Bewustzijn, oriëntatie en geheugen zijn intact. Patient beschikt over een goed intellect. Hij maakt een licht depressieve indruk. Zelf beschrijft hij zijn stemming als een beetje landerig. Hoewel patient zeer geïmprecupueerd is met zijn gezondheidstoestand, is er geen ziektebesef of ziekte-inzicht. De klachten worden op een overdreven wijze gebracht. De extreem vriendelijke instelling en het bijna kleverige gedrag treffen onmiddellijk. Hij was een van de weinige patienten, die nadat het onderzoek afgesloten was, herhaaldelijk te kennen gaf de onderzoeker te willen spreken bij iedere gelegenheid, dat hij om een of andere reden „stad” (Groningen) bezocht. Ten opzichte van de sexualiteit staat hij nogal ambivalent. Patient is zeer geremd wat betreft zijn agressieve impulsen. „Je kunt best een grote mond opzetten”, aldus patient, „maar ruzie zoeken moet je vermijden”. „daar komt alleen maar narigheid van”. Hij kan dan ook met iedereen bijzonder goed opschieten. Patient is een wat infantiele, passieve, zeer gevoelige jongen met een streng Über-Ich, een sterke agressieremming en nogal hoge idealen in de materiële sfeer.

De psycholoog (P. Cassée) vermeldde onder andere van patient, dat uit het gehele testgedrag een hoog taakbesef sprak. Met de Wechsler kwam patient op een IQ van 116. De prestaties bij het cijfernazeggen waren slecht. De overeenkomst tussen een hond en een leeuw omschreef patient als: „om de bek, gebit en zo”.

De Bourdon was niet geheel fraai.

De sociability score van de Barendregt was zeer hoog.

De Rosenzweig gaf aanwijzingen voor remming en introjectie van de agressie. De boomtekeningen toonden tekenen van Ik-zwakke en affectstuwing. De menstekeningen waren star en wat stereotyp, de getekende vuisten wezen op een agressieproblematiek. De gelaatsuitdrukking van de figuren deed wat verbeteren aan.

Het Rorschachprotocol deed vrij arm en formeel aan. Dit wees naar een introverte karakterstructuur en een neiging zich zelden spontaan te uiten. Zijn sensitiviteit staat patient zichzelf niet toe. Het „burnt-child” gedrag was niet uitgesproken genoeg om een duidelijk affectieve verwaarlozing aan te kunnen nemen. Uit de inhoud van de duidingen sprak een neiging tot hypochondrie. Rationalisatie en isolatie van het affect waren de voornaamste afweermechanismen.

Uit de „T.A.T.” kreeg men de indruk dat patient zich krachtdadig te weer moest stellen tegen agressieve impulsen.

De Sentence Completion Test bevestigde de aanwezigheid van een agressieproblematiek. Verschillende antwoorden hadden te maken met voedsel en eten. Vermeldenswaard was de zin: „Ik voel me gekrenkt op sommige tijden door dat euvel aan mijn kaak”.

Samenvattend beschreef de psycholoog patient als een neurotische, gespannen, wat infantiele man met intellectueel goede capaciteiten. Er was een hoog aspiratieniveau. De sensitieve trekken werden verborgen, uit angst geen goede indruk te maken. De duidelijke aanwezige agressieproblematiek gaf aanleiding tot schuldgevoelens. De meest geprononceerde afweermechanismen waren introjectie, rationalisatie en enig isoleren van het affect.

Bij lichamelijk onderzoek wordt een leptosome lichaamsbouw gevonden. Er is een tremor palpebrarum. Patient is vegetatief labiel. Hij heeft wijde pupillen. Overigens wordt bij het algemeen somato-neurologisch onderzoek weinig afwijkends gevonden.

Op het electro-encefalogram (A. M. Hamoen) werden zeer veel spierpotentialen gezien van de mm. temporales, zodat men de indruk kreeg dat de ontspanning nogal moeilijk was.

Concluderend werd gesteld: Wel gespannen wat de spieren betreft. Een normaal ontspannen niveau kan echter wel bereikt worden.

Diagnose: Syndroom van Costen bij neurotische jongeman met myasthenie en vegetatieve labiliteit.

Vroeg infantiele afhankelijkheidsstrevingen en de afweer hiervan staan nogal op de voorgrond. Het bewaren van de psychische stabiliteit kost deze Ik-zwakke man grote inspanning. De myasthenie en de vegetatieve regulatiestoornissen vormen een factor ten ongunste.

Of de kaakgewrichtsklachten direct te maken hebben met patients agressieproblematiek wordt niet duidelijk. De algemene spanning en de locale afwijkingen, zoals de sterke propulsie, de „diepe beet” en de fors uitgegroeide verstandskiezen worden door de mondchirurg toch ook wel als ongunstige factoren gezien. Deze laatste drie factoren hebben er toe bijgedragen van het kauwstelsel een lichamelijk locus minoris resistentiae te maken. De rol van de myasthenie in het geheel is niet erg duidelijk, zeker niet wat het tot standkomen van de kaakgewrichtsklachten betreft.

9.5 *Waar toe agressie- en schuldgevoelens bij een primitief, zwak-begaafd meisje kunnen leiden*

Mej. X., thans 16 jaar, kreeg een jaar geleden stekende pijn voor het rechteroor. De pijn straalde soms uit langs de zijkant van het hoofd. Ze heeft ook wel klachten bij het linkeroor gehad. De pijn trad op met tussenpozen van een half uur. Zelf kon ze geen oorzaak aangeven voor haar klachten. De vader werd enige malen geopereerd voor een recidiverende parotistumor. Hij was bang, dat zijn dochter dezelfde klachten had. Na geruststelling en intra-articulaire injecties met hydrocortison, waren de klachten van de dochter een maand later verdwenen. Toen de vader opnieuw opgenomen werd wegens een recidief, kreeg patiente weer klachten. Vier maanden geleden is de vader tengevolge van de parotistumor overleden.

Patiente heeft last van „zwakke” enkels. Hiervoor heeft zij reeds tweemaal drie weken gerust.

Bij uitwendig onderzoek vond de mondchirurg palpatiepijn boven het rechterkaakgewricht en twee centimeter boven het rechteroog in de rechter m. temporalis. De openingsbeweging was iets onstabiel met een geringe deviatie naar rechts. De rechter m. masseter was bij palpatie pijnlijk en iets gespannen.

Bij röntgenologisch onderzoek van het kaakgewricht leek het linker kopje iets afgeplat. De beweeglijkheid leek links iets geringer dan rechts.

Mondheilkundige diagnose:

Beginnende arthrosis van het kaakgewricht zonder röntgenologische afwijkingen.

Biografische anamnese:

Patiënte gaf nu aan, dat haar klachten begonnen waren op de dag, dat vader voor de eerste keer uit het ziekenhuis teruggekomen was. Voordien zou ze nimmer een dokter geconsulteerd hebben. Als het druk is heeft ze hoofdpijn; met een aspirientje zakt het meestal af. Tegen de winter en als ze zwemt is ze vaak neusverkouden.

Vader was een strikt eerlijke, hardwerkende, plichtsetrouwe man. Terwijl patiënte dit vertelt tikt ze een paar keer achtereen met de voet op de grond. Vader was wel eens boos, maar hij gaf niet vaak straf. Ze hield erg veel van vader en werd soms door hem verwend. Ze geeft toe dat ze ook wel eens boos is geweest op vader, als hij moeder sloeg. Ze had dan later berouw over haar boosheid, maar vader had nooit berouw.

Moeder is erg eerlijk. Soms is ze wel eens een beetje kwaad, maar ze is het ook zo weer vergeten. Het werk heeft moeder in de macht en „als we nog wat zien, dat gedaan moet worden, dan moet het klaar”. Ze zijn samen 's avonds nog lang aan de gang en als ze klaar zijn dan zitten ze nog te breien of te naaien. Zij en moeder „kunnen niet stilzitten”. Patiënte is erg gehecht aan moeder en kan goed met haar opschieten. Moeder heeft haar niet verwend, maar ze is soms overbezorgd. De ouders hadden volgens patiënte een uitstekend huwelijk. Met haar zusje kon patiënte heel goed opschieten.

Als klein kind was zij heel druk. Nu is ze dat niet meer, maar als het druk is met het werk, dan wordt ze zelf ook druk. Tot haar vierde jaar heeft ze op de duim gezogen. Haar eerste moeilijkheden kreeg ze op de lagere school. Nog in de vijfde klas vond ze het erg, dat ze het leren niet kon doen. Ze kreeg dan „schelden” van vader. Toen men haar werk meegaf naar huis, ging het beter.

Op de huishoudschool had ze nooit moeilijkheden. Het was niet zo moeilijk en ze mocht het zelf graag doen. In die tijd was ze rustiger en dat vond vader ook. Na de huishoudschool is ze thuis komen helpen.

Over haar psychosexuele ontwikkeling wenst ze niet te praten. Met haar veertiende jaar werd ze „ongesteld”. Hoewel voorbereid, schrok ze hiervan. Moeder heeft haar gewaarschuwd geen „rare” dingen met jongens te doen.

Een vriendje heeft ze niet en daar vindt ze ook niets aan.

Vrij is ze haast nooit. Ze is lid van een gymnastiekvereniging.

Patiënte is een overblozend meisje, dat een gezonde indruk maakt. Ze ziet er ouder uit dan haar leeftijd. Het haar zit wat slordig, maar overigens is er op haar uiterlijk niets aan te merken. Het contact is matig. Ze geeft een weinig krachtige hand. Ze is wat timide. Er is weinig mimiek; wel zit ze veel met haar vingers aan haar mond. De stem moduleert weinig. Patiënte lijkt op zwakbegaafd niveau te functioneren. Oppervlakkig gezien is de stemming opgewekt, maar daaronder bevinden zich gevoelens van depressie. Het affect is wat vlak en moduleert weinig. Gevoelens worden afgeweerd. Over de sexualiteit wil ze, zoals reeds opgemerkt, niet praten. Ze vindt het slecht om boos te zijn. Openlijk huilen durft ze niet. Ze krypt dan maar op en beheerst zich tot het uiterste. Fouten maken vindt ze erg en ze is ook bang, dat men haar dingen zal vragen, die ze niet weet. Als ze een antwoord schuldig moet blijven, meent ze tekort te schieten. Haar klachten brengt ze wel op zakelijke wijze.

Patiënte is een wat traag, niet al te snugger meisje. Ze heeft te kampen met een ernstige agressie- en insufficiëntie-problematiek, die ze ten dele compenseert door dwangmatig en langdurig rusteloos bezig zijn.

De psycholoog (B. G. Deelman) vindt met de Wechsler een verbaal-IQ van 70 en een performance-IQ van 72. Het tempo van de Bourdon is laag. De curve is onregelmatig en er zijn vele vergissingen. De Barendregt geeft een hoge neuroticisme-score en normale sociability, zoals wel gevonden wordt bij patiënten, die neigen tot reageren in de somatisch vegetatieve sfeer. De mens-tekeningen waren primitief. De tekeningen werden pas na herhaalde aansporing gemaakt, hetgeen op een contactstoornis kan wijzen.

De Sentence Completion getuigde van naïef fantaseren en een agressiereming. Een preoccupatie met vaders dood werd hier duidelijk. Door het vele werk wordt ze gedrukt. Sombere en zorgelijke zaken worden vaak omgekeerd in hun tegendeel.

In de Rorschach toonde patiënte iets van een kinderlijke confabulatietendens. Sexuele impulsen werden zeer sterk afgeweerd en op een hypochondere dwangmatige wijze verwerkt. Er sprak ook een sterke primitiviteit uit de Rorschach.

Samenvattend zag de psycholoog patiënte als een zeer zwakbegaafde persoonlijkheid, die slechts met moeite aan de eisen van haar dagelijks werk kon voldoen.

Een organische stoornis, voornamelijk in de bewustzijnsfeer, is mogelijk, misschien in de richting van een temporale stoornis. Men dient hierbij in overweging te nemen, dat patiënte zwakbegaafd is en zich in de puberteitsfase bevindt, terwijl organische kenmerken nauwelijks te onderscheiden zijn van de gevolgen van lage intelligentie.

Bij het somatoneurologisch onderzoek treft de tegenstelling tussen de min of meer fragiele, leptosome lichaamsbouw en de fors ontwikkelde mammae. Ze heeft brede jukbogen. De schildklier is even te palperen. De hals is smal en kort. Er bestaat een thoracale kyphose met verstreken lendenlordose. Aan de buik is een café au lait-vlek zichtbaar. Er bestaat een respiratoire aritmie.

Er is een positieve dermatographie. Patiënte bloost snel. De huid is droog en koel. De farynxreflex is negatief. Overigens werden geen duidelijke neurologische afwijkingen gevonden.

Conclusie electro-encefalogram (A. M. Hamoen): Gespannen m. temporalis links, althans voor een deel. Misschien regulatief labiel.

Diagnostisch hebben te doen met een zwakbegaafd, primitief, contactgestoord meisje in de puberteitsfase, dat ondanks haar primitiviteit en zwakbegaafdheid, gevoelsmatig gedifferentieerd kan reageren.

Patiënte is toegerust met een streng geweten en een groot plichtsbesef. Agressie en sexualiteit worden beide zeer sterk afgeweerd. De agressie wordt ten dele omgekeerd in haar tegendeel. Zo toont ze een overvriendelijk gedrag en is ze steeds gespannen dwangmatig bezig, datgene goed te maken, waarin ze onbewust meent tekort te schieten. De contactstoornis berust mede op contactafweer en dient om falen te voorkomen. De agressie, die niet tot uiting komt, baant zich een weg naar de somatische sfeer. Er zijn onder andere agressieve gevoelens ten opzichte van de vaderfiguur. De schuldgevoelens hierover zijn extra versterkt, toen vader bleek te lijden aan een

ernstige ziekte. Het Syndroom van Costen, waaraan onderzochte heeft geleden, zou als kramptoestand, het wel agressief willen zijn maar niet mogen zijn, kunnen symboliseren.

Tegelijkertijd delgt ze haar schuldgevoelens ten opzichte van vader uit, door, zich identificerend met hem, zijn ziekte mede op zich te nemen en zo in zijn lijden te delen en op deze wijze te verlichten. Als secundaire ziektewinst heeft ze het voordeel dat ze zorg en aandacht krijgt.

9.6 *Klachten sinds het begin van het huwelijk*

De huisarts verwijst de 26-jarige, mevrouw X. op advies van de reumatologische polikliniek. Patiente meent, dat er een zwelling bestaat van het rechter-kaakgewricht en wijst hierbij naar de voorpool van de m. temporalis, die inderdaad rechts forser ontwikkeld is dan links. Ze heeft reeds geruime tijd een stijf gevoel in de kaken en een doffe pijn in de jukboogstreek. Patiente heeft vaak een verstopte neus. Zij veronderstelt een verband tussen de verstopte neus en de andere klachten en meent dat er reuma in het spel is. Soms is er een gering kraken voor het rechteroor. Ze klemt frequent haar kiezen op elkaar, vooral als ze intensief bezig is met haar huishoudelijk werk. Vroeger had ze een intellectueel beroep en dit had ze in haar huwelijk graag voortgezet. Er zijn geen kinderen.

Patiente heeft vaak hoofdpijn. Zij maakt een intelligente, gevoelige indruk en de mondchirurg vermeldt, dat zij hard en nauwgezet werkt. Er bestaat een geringe bewegingsbeperking van het rechter kaakgewricht. Aan het gebit zijn duidelijke abrasieën, die op tandenknarsen kunnen wijzen.

Na behandeling met hydrocortisoninjecties verdwenen de klachten rechts, doch nu kreeg patiente links pijn. Deze klachten verdwenen eveneens na plaatselijke hydrocortisoninjecties. Tijdens de schoonmaak nam het kiezenklemmen weer toe en kreeg zij opnieuw lichte klachten.

Mondheekundige diagnose:

Lichte arthrosis deformans van het rechter kaakgewricht.

Biografische anamnese:

Sedert zes jaar heeft patiente kaakgewrichtsklachten. Ze ziet geen verband met spanningen of moeilijkheden. Ze heeft veel hoofdpijn meest rechts, maar ook wel aan de linkerzijde. Als het op zijn ergst is, geeft ze er bij over en is ze lichtschuw.

Haar migraineaanvallen staan los van de menstruatie. Deze is ongeregeld. Ze is eens 20 weken niet ongesteld geweest en men meende, dat ze zwanger was. Met stofwisselingspoeders werd de menstruatie regelmatig. De vrouwenarts zegt overigens, dat alles „normaal” is.

Vader is een gevoelig iemand. Aan haar vader is ze erg gehecht. Moeder is altijd toegevend; ze is erg precies; ze staat altijd klaar voor een ander maar nooit voor zichzelf. Moeder is overbezorgd. Patiente is ook zeer aan haar moeder gehecht. De relatie tussen de beide ouders zou prima zijn. Patiente is de tweede van drie kinderen. Het oudere zusje zou gehaast en goedig zijn. De jongere broer is erg punctueel.

Tot haar zevende of achtste jaar heeft patiente op haar duim gezogen. Als klein meisje wilde ze niet met poppen spelen. Ze deed tot haar twaalfde jaar graag wilde spelletjes met jongens. De H.B.S. werd op 17-jarige leeftijd vol-

tooid. Nadien volgde patiënte nog een voortgezette opleiding. Tot in het begin van haar huwelijk was ze werkzaam in hogere administratieve functies.

Sexuele voorlichting kreeg ze wel en eigenlijk toch ook niet, want het interesseerde haar niet. Later heeft ze er een paar boeken over gelezen. Toen ze dertien jaar oud was, vond ze de „bustevorming” nogal erg. Ze verbeeldde zich toen te fors ontwikkeld te zijn. Ze heeft nooit gemasturbeerd. Ze was voor haar huwelijk nooit seksueel geprikkeld. Voor het huwelijk coïteerde ze niet. De geslachtsgemeenschap is bevredigend. Na drie jaar verloofd geweest te zijn, is ze zes jaar geleden getrouwd met een aankomend ingenieur. Ze begon in die tijd juist te werken. „Ze vond het erg, dat ze nu van hem was”.

Haar hobbies zijn lezen en handwerken. Het doet haar echter maar matig plezier. Eigenlijk vindt ze, dat ze haar tijd wel nuttiger kan besteden. Ze zou in Amerika willen leven, waar de vrouwen werken.

Patiënte maakt een gezonde indruk. Ze ziet er keurig uit. Ze komt wat schuchter binnen. Ze geeft een matig stevige hand. De stem is zacht en wat omfloerst, hetgeen een onechte indruk maakt.

In het contact is ze wat terughoudend. Het affect is iets onecht en patiënte komt wat gemakkelijk in tranen. De stemming is depressief. Er zijn sombere preoccupaties. De kinderloosheid zit haar dwars. Ze zou zich liever in een intellectueel beroep nuttig maken.

Steeds zit ze met haar vingers te spelen. Ze brengt vaak tijdens het gesprek de hand aan de mond. Van tijd tot tijd zuigt ze de lippen naar binnen en ze maakt veel extra kauwbewegingen, waarbij de tanden telkens tegen elkaar tikken.

Patiënte zegt wel een bevredigende seksuele relatie te hebben, maar zij staat ambivalent tegenover haar vrouw-zijn.

Ze neigt tot opkroppen en is zeer gevoelig. Haar overvriendelijk gedrag en haar schuchterheid doen een agressieremming, insufficiëtiegevoelens en angst voor driftmatige impulsen vermoeden. Affecten en gevoelens worden zeer sterk afgeweerd.

De psycholoog (B. G. Deelman) vindt haar gedurende zijn gehele onderzoek gespannen. Bij de Mira komen niet zeer uitgesproken bewustzijnsstoornissen naar voren. De Bourdon toont een onregelmatige curve met vrij veel vergissingen. De Barendregt geeft een te hoge leugen-score. De menstekeningen 'loen enigszins aan histerie denken.

Bij de boomtekeningen is er een duidelijke discrepantie tussen de stevige stammen - hetgeen meestal wordt opgevat als een indicatie voor driftmatigheid - en de „angstige” bovenbouw. De indruk is, dat indien patiënte al zou komen tot diepere contacten, deze een geforceerd karakter zouden hebben.

De T.A.T. verhalen doen iets onecht en overdreven aan. Als themata komen naar voren: „Een grote behoefte om iets te presteren. Een veeleisende moeder ten aanzien van wie er doodsfantasieën zijn. Onzekerheid over de trouwe liefde van de echtgenoot, waarbij het niet zeker wordt of hier eigen wensen in het spel zijn. Ontevredenheid over de huiselijke ongezelligheid en het ontbreken van kinderen”. Als mechanismen worden hier genoemd, verdringing, naïve omkering in het tegendeel en verfraaiing, die vaak een theatrale indruk maakt.

In de F.P.T. treedt weer de veeleisende moeder op, met duidelijke schuldgevoelens over de opstandigheid hiertegen.

Uit de Rosenzweig blijkt, dat de agressie zelden op de buitenwereld gericht wordt, maar geïntrojecteerd of ontkend wordt.

In de zinaanvulltest vertelt patiënte voortdurend, dat ze vrolijk, opgewekt en gelukkig is. Ze overdekt zo de aanwezige depressieve gevoelens. Er worden aanwijzingen gevonden voor een streng Ideaal-Ik en de daarbij behorende schuldgevoelens. Ze is zich bewust, dat ze verlangt naar kinderen en een baan en dat ze naar buiten een hardere en meer sarcastische indruk maakt dan met haar „eigenlijke” wezen in overeenstemming is.

Uit de Rorschach blijkt een geremdheid. Er is een hoog aspiratieniveau. Er zijn aanwijzingen voor een introvert karakter met duidelijk sensitieve trekken. Als impulsen doorbreken, kunnen ze vrij onbeheerst zijn. De inhoud van de duidingen wijst op een „boosheid-probleem” .

Patiënte heeft een pycnische lichaamsbouw. De polsslag bedraagt 64 per minuut. De bloeddruk is 120/64 mmHg. Er zijn wijde pupillen. De rechter m. temporalis is forser ontwikkeld dan de linker. De Achillespeesreflex is beiderzijds afwezig. Er zijn tekenen van vegetatieve labiliteit.

Conclusie electro-encefalogram (A. M. Hamoen): Volgens de curve behoort patiënte tot het gespannen type met spierschijnselen. Bovendien zijn er temporale verschijnselen, die met de migraine kunnen samenhangen.

Diagnose: Syndroom van Costen bij neurotische labiele vrouw met hysterische en licht dwangmatige trekken, met hoge idealen, een hoog streefniveau, insufficiëntiegevoelens en problemen ten aanzien van haar vrouwelijke rol. Cerebrale regulatiestoornissen vormen mogelijk een factor ten ongunste.

Patiënte is kwaad op zichzelf, omdat zij geen kinderen en geen baan heeft. Zij voelt zich in dit opzicht tekort schieten en zij heeft schuldgevoelens hierover. Het geen kinderen hebben zou juist extra zwaar kunnen tellen, omdat er mogelijk ook schuldgevoelens bestaan over het ten dele niet accepteren van de vrouwelijke rol. „Verbeteren” doet ze haar huishoudelijke arbeid, zich geen vrije tijd gunnend. De kaakgewrichtsklachten beginnen zodra zij gaat trouwen. Haar huwelijks situatie versterkt haar insufficiëntieproblematiek. Ze heeft geen zelfstandige baan meer en er komen geen kinderen. Onze indruk is, dat de kaakgewrichtsklachten van deze patiënte vooral uiting zijn van een algemene aspecifieke spannings-toestand en niet zozeer in directe symbolische samenhang gezien moeten worden met haar neurotische problematiek.

9.7 *Recidiverende maagbloedingen*

Sinds jaren heeft mevrouw X., een zestigjarige vrouw, pijn voor het linker oor. Ze is verwezen via de KNO-afdeling. Zelf schrijft patiënte haar klachten toe aan een val op het ijs 20 jaar geleden. De pijn straalt uit naar hals en slaap. Patiënte is bang dat de afwijking erger wordt.

Het linker kaakgewricht is bij palpatie iets pijnlijk. Er is een geringe crepitatie. De beet is beiderzijds in de molaarstreek niet afgesteund. Patiënte kauwt alleen met de tanden. Het gebit is slecht onderhouden. Bij röntgenonderzoek van het kaakgewricht wordt gezien, dat het linker caput een onregelmatige vorm heeft. De grenslamel is onduidelijk. Het rechter kopje en tuberculum articulare zijn beide sterk afgeplat. Het gewricht doet denken aan een discusloos glijgewricht.

Mondheekkundige diagnose:

Arthrosis deformans van beide kaakgewrichten met duidelijke röntgenologische afwijkingen.

Biografische anamnese:

Enige jaren geleden ontwrichtte patiënte haar kaakgewricht en namen haar reeds bestaande kaakgewrichtsklachten toe. Dit gebeurde omstreeks de tijd dat haar dochter de ouderlijke woning verliet, om zich tot grote ontsteltenis van de moeder te gaan prostitueren. Nu heeft patiënte weer toenemende klachten. De laatste drie weken heeft ze niet meer geslapen. Ze gaapt dan 's nachts wel honderd keer achter elkaar. Ook het eten zou 's nachts niet verteren. Terwijl ze dit vertelt, schudt ze zich. Ze heeft 's nachts pijn door de gehele bovenbuik, de rug en de schouderbladen. Het is zo erg, dat ze overleind in bed moet gaan zitten. Soms kan ze er geen hap doorkrijgen. Ze moet dan eerst boeren en/of overgeven. Als ze boert, geeft haar dat opluchting. Braken durft ze niet, omdat dat slecht is voor de maag. Ze lijdt aan een maagzweer, maar „men” wil niet opereren. Onlangs werd ze opgenomen met haar vijfde maagbloeding. Als ze een keer zo'n periode heeft, dat ze zo zenuwachtig is en dat ze niet kan slapen, wordt het ook niet zomaar weer beter. Ze heeft reden te piekeren. Een dochter heeft al sedert zes jaar een mislukt huwelijk.

Sinds deze dochter met haar man en twee kinderen bij haar is komen inwonen, zijn de maagbloedingen begonnen. Spoedig daarna is de dochter door haar man verlaten. Patiënte geeft zeer uitdrukkelijk te kennen niet boos te zijn op deze man. Dat het huwelijk van haar dochter mislukt was, is „nog overkomelijk”, maar dat de dochter zich prostituteert, kan patiënte niet verwerken. Dit is wat haar benauwt, „zij die zulke nette mensen zijn”. Ze spreekt er met niemand over; „liever mijn kop eraf”, voegt patiënte hieraan toe. Ze merkt hierbij nog op dat ze alles verzwijgen moet en dat dit zo moeilijk is. Ze zit smorend vol en dan is het haar te zwaar en dan „zet het haar op de maag”. Ze zien nooit aan haar, dat ze verdriet heeft, ze „kauwt” het zelf op.

In 1940 heeft ze ook een maagbloeding gehad, die ze zelf toeschreef aan de spanningen van de oorlog.

Als kind heeft ze een „hersenziekte” gehad. Dat heeft haar geen goed gedaan. Met 18 jaar heeft ze de „Spaanse” griep gekregen, hetgeen ze mede wijt aan het feit, dat ze een grote melkloop voor vader moest doen. Ze was toen 13 weken ziek en nadien is ze nooit weer de oude geweest. In de oorlogsjaren heeft ze difterie gehad. Acht jaar geleden is een galblaasoperatie verricht.

Ze heeft haar hele leven te kampen gehad met „zenuwen”. Ze had altijd „te weinig” bloed. Daarvoor kreeg ze leverinjecties. De eetlust is slecht. De ontlasting gaat moeilijk. Ze had tweemaal een miskraam. Ze consulteert vaak de dokter. In moeders familie komen maagzweren veel voor.

Vader was een stille, fijne, eerlijke man. Ze was zeer gehecht aan hem. Moeder was een „pittige” vrouw, meer van aanpakken en „flink worden”. Ze lijkt in dit opzicht op moeder. Ze houdt ook van opschieten. De onderlinge verhoudingen thuis waren uitstekend.

Patiënte heeft vanaf haar 16e jaar tot aan haar trouwen aan slaapwandelen geleden.

De eerste jaren bezocht ze de lagere school maar voor halve dagen in verband met de doorgemaakte „hersenziekte”. Vanaf haar tiende jaar moest ze meehelpen met een melkloop. Tot haar trouwen heeft ze in de huishouding meegeholpen. In haar huwelijk heeft ze kantoren schoongemaakt.

Op haar twaalfde jaar menstreeurde ze voor het eerst. Moeder had gezegd, dat niemand zoiets aan je mocht merken. Voor de pijn moest ze soms naar bed. In het eerst was het heel erg en ze durfde het niet tegen de meester te zeggen en ze zei dan maar dat ze hoofdpijn had. Je hoorde thuis niets over de sexualiteit. Je ging wel eens stiekum luisteren bij een bevalling, of je de kraamvrouw ook hoorde gillen. Je wou wel wat weten en je wist niets. Ze had geen geslachtsge-

meenschap voor het huweijk. Daar werd je thuis voor gewaarschuwd. Ze zou zich hier ook geweldig voor hebben geschaamd.

Van een vrijere omgang der sexen wil patiente niets weten. Ze vindt een zwembad met allemaal mensen met bijna niets aan een grote ergernis. Ze had nimmer een bevredigende coïtus. Na haar eerste kind werd ze bang voor de zwangerschap. Ze werd zenuwachtig van de coïtus interruptus.

Haar hobbies zijn: een beetje handwerken en de huishouding netjes doen. Hun huis is klein en oud.

Ze leeft nu met haar man van de A.O.W. Sociale zaken „springt bij” voor enkele grote uitgaven.

De echtgenoot, een rustend bouwvakarbeider, is 10 jaar ouder dan patiente. Hij is een rustige man. Zij is nooit boos op hem.

Twee zoons zijn oppassende jongelui. De moeilijkheden met de dochter werden reeds vermeld. De dochter lijdt aan astma bronchiale en werd hiervoor reeds enige malen opgenomen.

De heteroanamnestische gegevens van onze maatschappelijke werkster (mev. M. M. v. Beek) stemmen overeen met het hierboven vermelde. De kinderen van patiente, vooral de dochter, hebben altijd onder grote druk van hun moeder geleefd. Ze mochten nooit iets van wat een kind prettig en vrolijk vindt. Vader en moeder bestempelden dit als zondig. Sinds de dochter de ouderlijke woning verlaten heeft, is haar astma verbeterd.

Patiente is een wat slordige vrouw. De kleding is uiterst eenvoudig. Het gelaat toont een zorgelijke trek en is sterk doorgroefd. Wat dat betreft kan deze zestigjarige vrouw wel tachtig zijn. Ze ziet erg bleek. De onderzoeker krijgt een klamme warme hand. Het contact is goed. Het bewustzijn is helder. Er zijn geheugenstoornissen. De intelligentie is middelmatig. Het affect is wat vlak, maar moduleert goed. Als ze in affect komt, klikt ze wel eens even met haar gebit. De stemming is licht depressief en zeer gespannen. Patiente maakt zich gauw overstuur. Ze is gepreoccupeerd met haar gezondheid en haar actuele conflicten. Ze brengt haar klachten op een klagerige wijze. Ze wekt gevoelens van medelijden. De onderzoeker krijgt echter tevens het gevoel met een „wat zeurderig mens” te doen te hebben. Er zijn dwangmatige trekken. De sexualiteit en alles wat daarmee samenhangt, wordt als zeer verboden beleefd. Agressieve uitingen staat patiente zich onder geen beding toe. Ze zijn niet in overeenstemming met wat hoort en fatsoenlijk is.

Patiente is een vrouw met hooggestemde idealen en een streng Über-Ich, die haar gevoelens opkropt en tot het uiterste beheerst. De gestuwde agressie en de algemene spanning banen zich, daar ze geen andere uitwijkingsmogelijkheid vinden, een weg naar de vegetatief somatische sfeer. De geheugenstoornissen en het slordige uiterlijk bij de beschreven karakterstructuur zijn indicatief voor een dementeringsproces. Behalve met somatische klachten wordt met angstige spanning en depressie gereageerd.

De psycholoog (B. G. Deelman) valt de grote passiviteit van patiente op tijdens zijn onderzoek. Bij alle tests vraagt ze de goedkeuring en de steun van de onderzoeker.

Met de Wechsler komt ze op een IQ van 93. Er zijn aanwijzingen voor dementie. „Gezond verstand” en „Rekenen” leveren een hoge score. De Mira heeft duidelijke kenmerken van dementie.

De menstekeningen zijn wat dement. Er zijn aanwijzingen voor problemen in verband met de identificatie met het eigen geslacht.

De boomtekeningen zijn duidelijk dement. Er spreekt ook de emotionele reactie op het ouder worden uit.

De Barendregt geeft een hoge neuroticisme-score. De leugen-score is hoog.

Volgens de Rosenzweig zou patiente in staat zijn tot een redelijk en aangepaste oplossing van frustratie-agressie problemen. Deze resultaten zijn te mooi,

gezien de rest van de gegevens en de psycholoog veronderstelt, dat patiënte juist op dit levensgebied een façade opbouwt en zich wil gedragen zoals de maatschappij dit op prijs stelt, waarschijnlijk ten koste van eigen emotionele behoeften. In de T.A.T. zijn alle intermenselijke relaties door een zekere gespannenheid gekenmerkt.

De Rorschach begint met een serie ontremde duidingen, waarvan de sexduidingen en de preoccupatie met het lichaam opvallen. Ook hier krijgt men de indruk, dat de aanvaarding van het eigen geslacht problematisch is. Na deze sexduidingen herkrijgt patiënte haar beheersing met behulp van afweermechanismen uit de dwangneurotische hoek, en gaat ze haar aandacht op kleine gedeelten van de platen concentreren. Aanwijzingen voor een organische stoornis zijn aanwezig, in de vorm van perplexity, enige perseveratie en het willen, maar niet kunnen organiseren van grotere gehelen.

Patiënte heeft een leptosome lichaamsbouw. Ze ziet er wat vies uit. Aan de huid worden enkele papillomen gevonden. Er is een kyphoscoliose. Duidelijke afwijkingen op intern en neurologisch gebied werden overigens niet gevonden.

Conclusie electro-encefalogram (A. M. Hamoen): Voor de leeftijd fraai E.E.G. Misschien is er een lichte stamfunctiestoornis gezien het ietwat eentonig beeld. Geen gespannenheid in E.E.G.-zin. Ook geen onmogelijkheid de temporaalspielen te kunnen ontspannen.

Diagnostisch hebben we te doen met een Syndroom van Costen bij een karakterneurotische, dementerende vrouw, die geen agressie durft te uiten en ook zeer geschokt is door het sexuele gedrag van haar dochter. Zij uit haar spanningen, doordat andere mogelijkheden niet in voldoende mate beschikbaar zijn, ten dele in de vegetatief-somatische sfeer.

Voor deze dementerende vrouw wordt de onechte façade, die ze wil ophouden, vanuit haar strenge Über-Ich en haar hooggestemde Ideaal-Ik, met behulp van haar dwangmatig netjes en fatsoenlijk zijn, teveel. Zij reageert hierop met angstige spanning en depressie. De verhoogde spanning heeft een ongunstige invloed op haar neiging tot reageren met het vegetatief-viscerale systeem.

Patiënte had reeds vijfmaal een maagbloeding en kort na ons onderzoek werd, gezien de toenemende maagklachten, voor een nieuwe maagbloeding gevreesd. Op dat moment waren haar klachten, aldus patiënte, gelijk aan die welke anders voorafgingen aan een recidief van een maagbloeding.

Op grond van deze ernstige symptomatologie namen wij in overleg met de mondchirurg en de huisarts, patiënte in behandeling. Wij schreven haar driemaal daags 50 mgr prominal voor. Zij kreeg de gelegenheid zich op regelmatige tijden te komen uitspreken op de psychiatrische polikliniek. Onze maatschappelijk werkster atten-

deerde haar collega van de Gemeentelijke Dienst voor Sociale Zaken op de heftige spanningen, waaraan patiënte ten prooi was. Er werd een financiële regeling getroffen. Sindsdien is de spanning bij patiënte enigszins verminderd en namen de maagklachten in hevigheid af.

9.8 Puberteitsmoeilijkheden

De nu 18-jarige Y. X. had ongeveer twee jaar geleden last van een knappend kaakgewricht. Het knappen was zo luid, dat de anderen aan tafel er last van hadden. Soms „wilde” het gewricht niet knappen. Dan was er pijn en bewegingsbeperking.

Bij onderzoek is de openingsbeweging vrij sterk propulsief. De punten van de hoektanden zijn beiderzijds geabradeerd, tengevolge van veelvuldig bijten op de bovenlip.

Bij het röntgenonderzoek blijken beide kaakkopjes, doch vooral het linker, te ver naar voren te komen.

Mondheilkundige diagnose:

Geringe hypermobiliteit van het linker kaakgewricht met intermediair knappen.

Biografische anamnese:

Ze weet niet wanneer het begonnen is. Van het oefenen voor de spiegel is het beter geworden. Op verder aandringen vertelt patiënte, dat de kaakgewrichtsklachten nu twee jaar bestaan. Het was in die tijd nogal moeilijk op de H.B.S. Ze zat voor de tweede keer in de tweede klas en ze ging naar de derde met een „her”. Ze had gedacht zo over te gaan, maar met „die her” zou ze de gehele vakantie moeten werken. Voor het herexamen is ze geslaagd, maar ze is toch van school gegaan. Op de huishoudschool heeft ze niet zoveel te doen en nu is het beter geworden met de kaak. Nu ze er goed over nadenkt bestonden de kaakklachten al voor het „her”. Namelijk in de periode dat ze op school is blijven zitten. Vader zei toen, dat ze het maar weer moest doen. Ze is eigenlijk twee jaar achter elkaar tegen haar zin naar school gegaan. Eerst was ze een beetje verontwaardigd, maar echt boos op vader is ze niet geweest. Sinds dat ze op de H.B.S. was, is ze zenuwachtiger geworden.

Ze heeft last van bloedarmoede en verliest veel bloed met de menstruatie. Van de eerste menstruatie schrok ze ondanks voorbereiding. De menses zijn onregelmatig. Drie jaar geleden viel ze wel eens flauw; dit werd door de huisarts toegeschreven aan de bloedarmoede.

De vader is procuratiehouder bij een bank. Hij is nogal zwijgzaam en dat vindt ze soms vervelend. Ze is erg gehecht aan vader. Hij „zit” in verschillende verenigingen en knutselt wel eens. Vader is maaglijder en heeft al eens een maagbloeding gehad. Als hij zich druk maakt, heeft hij meer last van de maag. Het was vaders wens, dat ze naar de H.B.S. ging.

Moeder is goedig van aard, netjes en precies. Ze is erg schoon. De ouders overleggen alles samen. Met haar broertjes en zusjes kan patiënte goed opschieten.

Ze kreeg geen borstvoeding. Als klein kind was ze driftig en koppig. Ze speelde niet zoveel met poppen, maar ze hield er wel van om moedertje te spelen.

Tot haar negende jaar heeft ze op de nagels gebeten. Tot haar zesde jaar was ze 's nachts vreselijk angstig.

Op de lagere school kon ze goed leren. In de vakantie heeft ze wel eens tijdelijk op een fabriek gewerkt. Haar ideaal is kinderjuffrouw zijn op een groot passagiersschip.

Ze was door haar moeder voorbereid op de eerste menstruatie, maar verder kreeg ze geen seksuele voorlichting. Sommige meisjes praten er wel over met hun moeder, maar zij heeft nu geen vragen meer, want ze is uitvoerig voorgelicht op de huishoudschool. In de puberteit is haar karakter veranderd. De borstontwikkeling vond ze vervelend. De jongens plaagden haar ermee. Het geslachtsleven vindt ze een natuurlijke zaak. Maar dat menstruatiesbloed vindt ze een beetje vies. Vanuit deze opmerking associeert ze door naar de bloedtransfusie, die vader kreeg, toen hij een maagbloeding had.

Patiënte houdt van pianospelen, van muziek en vooral van dansen. Ze is lid van een gymnastiekvereniging. Van vader en moeder moet ze naar catechisatie. Ze voelt er niets voor, want ze gelooft er niet in.

Met vriendinnen maakt ze in de vakantie trektochten langs jeugherbergen of ze logeert bij familie.

Patiënte ziet er netjes uit. Men schat haar ouder dan haar leeftijd. Ze komt rustig binnen en begroet de onderzoeker opgewekt. Ze geeft een stevige, klamme hand. Het contact is goed. Het bewustzijn is helder. Het intellect is goed, maar ze had moeite met de exacte vakken op de middelbare school. Als ze in affect komt, wordt ze veel beweeglijker en trekt ze even met de mond. Soms steekt ze zelfs de vinger in de mond. De stemming is opgewekt, maar ze is een beetje gespannen. Ze raakt wel eens gemakkelijk overstuur. Ze praat met een wat vlakke monotone stem zonder gesticulaties. Vroeger was ze dwangmatig precies, maar nu is ze wat nonchalanter. Hoewel patiënte vrij gezond tegenover de sexualiteit staat, klinkt een zekere ambivalentie toch door.

Als iemand kwaad op haar is, kan ze dat niet verdragen. Ze zwijgt dan. Ook als ze in een slechte bui is, zegt ze niets. Ze wordt ook niet gauw kwaad op een ander.

Tijdens het psychologisch onderzoek (B. G. Deelman), werkt patiënte vrij langzaam en bedachtzaam en stelt zichzelf kennelijk nogal hoge eisen. Tijdens het werk wrijft ze frequent langs haar lippen, sabbelt op een potlood, etc.

Het Wechsler IQ is 121, verbaal 123, performance 113. Bij de scatter valt op, dat het ordenen en invoelen van sociale situaties aan de lage kant is. De Mira toont zeer lichte afwijkingen, zoals wel bij epilepsie worden gevonden.

Volgens de Barendregt zou patiënte sociaal niet optimaal aangepast zijn. De neuroticisme-score is laag.

De bomen zijn met zeer lichte schrijfdruk getekend; ze geven een indruk van verlegenheid, introversie en een nogal grote gevoeligheid. De omcirkelde takken kunnen op een verbergen van agressie wijzen.

Bij de menstekeningen zijn de handen zowel van de vrouwenfiguur als van de mannenfiguur verborgen. Dit zou te interpreteren zijn als een uiting van agressieremming, aldus de psycholoog.

De Sentence-Completion is wat erg ontwijkend en „vrijblijvend”. Verschillende antwoorden duiden op verlegenheid, inferioriteitsgevoelens en agressieremming.

De T.A.T. verhalen geven de indruk, dat patiënte zich niet wil laten kennen, flink en zelfstandig wil zijn. De psycholoog meent een niet te zwaar seksueel trauma niet te moeten uitsluiten. Het is ook mogelijk, dat patiënte thuis getuige is geweest van seksuele activiteiten, of dat ze eens door een man benaderd is.

Het Rorschachprotocol wijst op een introverte karakterstructuur. Patiënte uit zich moeilijk en speciaal, indien het om affecten gaat, durft ze helemaal niet meer. Het aspiratieniveau ligt hoog en waar patiënte bovendien passieve verzorgingsbehoeften blijkt te ontkennen, maakt zij het zichzelf bepaald niet gemakkelijk.

Bij de Rosenzweig toont patiënte weinig neiging bij frustraties te blijven staan. Integendeel, er is een sterke behoefte zelfstandig, zonder hulp van anderen naar een constructieve oplossing van haar moeilijkheden te zoeken.

Samenvattend vindt de psycholoog haar een stil, introvert, wat verlegen meisje.

Aanwijzingen voor een organische stoornis komen in het psychologisch onderzoek eigenlijk niet naar voren, hoogstens zou er een lichte regulatiezwakte kunnen bestaan.

De psycholoog ziet o.a. knelpunten in een niet optimale sociale aanpassing en het hoge aspiratieniveau in combinatie met verlegenheids- en minderwaardigheidsgevoelens. Een grote afweer van impulsen en gevoelens, met name agressieremming en een afweer van passieve affectbehoeften blijkt aanwezig te zijn.

Patiënte behoort wat haar lichaamsbouw betreft niet tot een uitgesproken type, maar ze heeft een leptosome inslag. Er is een wisselende strabismus divergens links. De pupillen zijn zeer wijd. De rechter pupil is een spoor kleiner dan de linker. Patiënte heeft een klamme huid. De polsslag bedraagt 104 per m. De farynxreflex is negatief. Overigens werden bij het somato-neurologisch onderzoek geen duidelijke afwijkingen gevonden.

Conclusie electro-encefalogram (A. M. Hamoen): Regulatiestoornis met welhaast epileptische tendens. Geen spanning van de m. temporalis, voorzover dit op het E.E.G. zichtbaar gemaakt kan worden.

Diagnose: Thans aangepast, wat verlegen meisje met latente neurotische problematiek, dat onder de stress van de puberteit en in een conflictsituatie met de vaderfiguur tijdelijk gedecompenseerd is met een Syndroom van Costen. De regulatieve cerebrale stoornissen vormen een factor ten ongunste.

Afgeweerde orale problematiek en agressieproblemen zijn medebepalend voor het opgetreden toestandsbeeld.

9.9 *Altijd een kleine jongen gebleven?*

Een 33-jarige kantoorbediende X. voelde ongeveer vier jaar geleden een lichte oorpijn rechts. Na drie maanden consulteerde hij zijn huisarts wegens knappen en bewegingsmoeilijkheden van het rechter kaakgewricht.

Toen de klachten toenamen werd patiënt verwezen naar een KNO-arts. De voorgeschreven bestraling met infrarood had geen effect. Eenmaal is er een kaakluxatie opgetreden. Patiënt maakt zich gauw nerveus. 's Avonds heeft hij vaak last van hoofdpijn boven de ogen.

Het gebit toont duidelijke abrasieën, vooral rechts, die zouden kunnen wijzen op tandenknarsen of kiezenklemmen. De sterke afslijtfacetten op de hoektanden zijn waarschijnlijk een gevolg van het bijten op de binnenkant van de wang, wat patiënt vooral doet als hij nerveus is.

Bij röntgenonderzoek van het kaakgewricht wordt een geringe afvlakking gevonden van beide kopjes. Rechts is de afwijking het duidelijkst.

De reumatoloog vond op zijn specialistisch gebied geen bijzonderheden.

Na behandeling met hydrocortisoninjecties verdwenen de klachten geleidelijk. Zij keerden tweemaal terug toen patiënt een moeilijke periode had.

Mondheilkundige diagnose:

Geringe arthrosis deformans van het rechter kaakgewricht.

Biografische anamnese:

„Hij zou het altijd wel iets gehad hebben”. „Maar gekregen?” „Dat het erger werd?” „Ja moeilijkheden in het werk”.

Zijn chef en hij werkten langs elkaar heen. Deze chef was een vreemde man.

Hij was niet in staat te uiten wat hij bedoelde. Er was een stuk onbegrip dat onderzocht van een chef in „dit werk” niet verdragen kon. Nadat zijn chef opgenomen is in een psychiatrische inrichting, is voor patient „de lucht klaar geworden”.

Als heel klein kind had hij al bronchitis en dauwworm. Nog voor zijn vierde jaar had hij last van stuipen. Hij zou toen al een heel verwend jongetje zijn geweest.

De behandeling van de stuipen bestond uit isoleren in een kamertje. Onlangs heeft hij een hersenschudding gehad; hij bedoelt eigenlijk, dat hij gecollabeerd is toen hij even iemand vasthield, die een epileptisch insult kreeg.

Hij is wat „migraineus”. Daar heeft hij om de vier of vijf dagen last van. Hij rookt niet en drinkt geen alcohol, hoewel hij beweert daar juist bijzonder goed tegen te kunnen.

Hij is gedurende drie maanden opgenomen geweest na een suicidepoging met slaapmiddelen.

Aan zijn vader, een gepensioneerd zeeman, is patient niet gehecht. Vader huilde vroeger, als hij weer voor een jaar wegging. Maar als hij weer thuiskwam, was hij na twee dagen weer weg. Vader trok de zusjes voor.

Moeder is een kleine, gezette, zeer vrolijke vrouw. Ze was zeer ondernemend en reisde soms met de kinderen naar buitenlandse havensteden om vader op te zoeken.

In de oorlog was vader afwezig. Toen heeft patient vaders plaats bij moeder enigszins ingenomen. De ouders zijn na de oorlog met hun beide dochters in Argentinië gaan wonen. Zelf wilde hij niet mee en hij bleef alleen in Nederland achter.

Betrokkene kreeg borstvoeding. Met lopen was hij laat. Toen hij last van stuipen kreeg, was het helemaal mis met het lopen. Pas na zijn vierde jaar zou hij toen goed hebben leren lopen. Tot zijn tiende jaar heeft hij op de duim gezogen. Bedwateren deed hij tot zijn twaalfde jaar. Tot zestien of zeventien jaar heeft hij op zijn nagels gebeten.

Op de kleuterschool wilde hij alles hebben. Hij kon in die tijd erg boos zijn. Op de lagere school was hij altijd „het stumpertje” en werd hij veel geplaagd. Hij was heel braaf in die tijd. Op de H.B.S. is het beter geworden. De N.J.N. heeft hem goed gedaan. Hij ging toen mee kamperen. Moeder was er tegen, want hij was te vatbaar en te zwak van zenuwen. Maar hij deed het toch.

In de oorlog is hij erg zenuwachtig geworden van al die bombardementen. Van zijn moeder kreeg hij een summiere seksuele voorlichting. De onanie zou hij aanvankelijk enigszins hypochonder verwerkt hebben. Later overheersten schaamtegevoelens. De eerste coïtus vond in het huwelijk plaats. De seksuele relatie is, wat patient betreft, bevredigend. Ze passen periodieke onthouding toe. De vrouw wordt niet bevredigd. Ze kenden elkaar 1 jaar voor het huwelijk. „Iedereen wist dat ze met elkaar gingen”, maar zelf vonden ze het eigenlijk alleen maar een leuke vriendschap.

Zijn vrouw is twee jaar ouder. In het begin van hun huwelijk ondervond hij het leeftijdsverschil als drie of vier jaar, maar hij heeft een heel stuk ingehaald. Zij is een stugge vrouw en ze geeft zich moeilijk uit zichzelf. Ze is zeer zorgzaam.

Een van de kinderen heeft bronchitis. Dit kind is moeilijk thuis.

Patient doet graag tuinwerk. Hij leest weinig, maar hij is graag in zijn vrije tijd creatief bezig. Patient zegt waarschijnlijk diep religieus te zijn. Hij gevoelt zich aangetrokken tot de antroposofen. Hij houdt van reizen, maar niet zoals vroeger met moeder, om zomaar uit je verband gerukt te worden. Hij is een echt sociaal wezen, dat actief in het verenigingsleven staat. Aan de andere kant is hij ook weer erg huiselijk.

Soms kan hij zo overgelukkig zijn, alleen al door naar iets te kijken. Men mag het infantiel noemen, hij voelt zich dan toch heel erg gelukkig.

Patient maakt een lichameijk gezonde indruk. In zijn doen en laten heeft patient iets „bakvisachtigs overdrevens”. Er is een goed contact. Patient geeft een stevige hand. Het bewustzijn is helder. Het intellect is zeer goed. Hij spreekt met een iets gemaakte stem. Het affect heeft een onecht coloriet. De stemming is thans opgewekt, maar wij hebben ook wel eens waargenomen, dat patient duidelijk depressief was. Hij raakt gemakkelijk uit zijn geestelijk evenwicht. Er zijn geen denkstoornissen. Wel is patient gepreoccupeerd met het feit dat zijn huidige werking hem geen echte bevrediging schenkt. Althans dat meent hij. Verder is hij gepreoccupeerd met zijn lichamelijke toestand. De sexualiteit is onvolgroeid. Zijn hele leven heeft hij al met vrouwen opgetrokken en nu is het eigenlijk nog net zo, als toen hij een klein jongetje was. Het is natuurlijk wel eens nodig om boos te zijn, maar het komt bij patient nooit van binnen uit. Hij zou vroeger wel agressief geweest zijn. Ergens omstreeks de puberteit is de omslag gekomen. Gooien en smijten zou hem goed doen, aldus patient.

Patient is een zeer infantiele man met sensitieve trekken. Er is een forse agressieproblematiek. Hij weert zijn problemen af met een meisjesachtig onecht gedrag. Wordt de spanning te machtig, dan reageert hij met depressie en verering van somatische klachten. Eigen verlangens en wensen worden geprojecteerd in de drang anderen te willen helpen.

Tijdens het psychologisch onderzoek (B. G. Deelman) praat patient vrij gemakkelijk. Hij is hierbij nogal nauwkeurig, zichzelf voortdurend corrigerend. Hij maakt een wat pedante indruk.

Het Wechsler IQ is 128, verbaal 118, performance 134. De verbale score valt relatief laag uit door de slechte prestaties bij het cijfers nazeggen.

De Barendregt combineert een hoge neuroticisme-score met een normale sociability, zoals wel meer wordt gevonden bij neiging tot reageren in de vegetatief-somatische sfeer.

In de Rosenzweig valt een sterk accent op “ego-defensive” gedrag. Hierbij wordt de agressor ook vaak verontschuldigd. De oplossing van problemen wordt in de meeste gevallen van anderen verwacht, patient zelf komt niet tot constructief gedrag.

De tekeningen zijn weinig creatief. Zij hebben iets gekunstelds en geforceerds. Hij durft de werkelijkheid niet aan. Waar hij toch naar buiten tracht te treden, vlucht hij in wazigheid of vertoont een grote angst over zijn eigen durf. Een agressieremming lijkt hier een gevolg te zijn.

De Rorschach laat nog duidelijker deze voortdurende afwisseling van impuls en afweer zien. De vele „inanimate” antwoorden wijzen erop, dat zijn conflicten uiterst actueel en bedreigend zijn. Het door de afweer heenbreken van de impulsen doet wat desintegratief aan. Een zeer hoog aspiratieniveau brengt hem ertoe, ondanks zijn heftige angst en afweer, toch steeds weer terug te komen op zijn wensen en verlangens. Het beeld wordt nog gecompliceerd door de afwisseling van “burnt-child-reactions”, dwangneurotische afweermechanismen en hysterisch onecht gedrag.

In de Sentence-Completion komt onechtheid, hypochonder klagen over hoofdpijn en duidelijke depressiviteit tot uiting.

De T.A.T. verhalen doen onecht, theatraal en passief aan. Patient regredieerde hierbij tot een kinderlijke sprookjesfantasie, identificeerde zich met kleine meisjes en zielig, geplaagde jongetjes, die onbegrepen en eenzaam, ondertussen toch maar kleine genieën zijn.

Patient heeft een leptosome lichaamsbouw. De reflexen zijn zeer levendig. Er was een lichte positieve dermatographie. Het somato-neurologisch onderzoek leverde verder geen duidelijke afwijkingen op.

Conclusie E.E.G. (A. M. Hamoen): Soms wel spieractiviteit in de mm. temporales, doch ze kunnen ook goed ontspannen worden, het gaat echter wat moeilijker met de mm. sternocleidomastoidei. Het E.E.G. is niet duidelijk afwijkend. Naar het alfa-ritme te oordelen goede psychische ontspanning.

Diagnose: Patient is een neurotisch gestoorde man, die op basis van een zeer vroege infantiele relatiestoornis reageert met een scala van symptomen, die stammen uit alle ontwikkelingsfasen.

In de somatische sfeer reageert hij met een Syndroom van Costen en een migraine-achtige hoofdpijn. De somatische symptomen verergeren naar aanleiding van autoriteitsconflicten en agressieproblemen in de werksituatie.

9.10 *Autoriteitsconflicten in een autoritair milieu*

Ongeveer 1 jaar geleden kreeg de 30-jarige onderofficier X. gedurende enige maanden last van zeurende doffe pijn in het rechter kaakgewricht. 's Morgens ging de mond moeilijk open. Hij kon soms op de rechter wang niet slapen van de pijn. Koude was onaangenaam. Patient heeft de gewoonte de gehele dag kauwgom te kauwen. Er bestaat waarschijnlijk tandenknarsen, gezien de vrij sterke abrasieën. De mm. masseteres zijn vrij sterk ontwikkeld. Er is een geringe afwijking van de onderkaak t.o.v. de mediaanlijn bij ver openen van de mond. Op de röntgenfoto's van de kaakgewrichten worden geen afwijkingen gezien. Patient maakt een wat gespannen, verbeterd, weerbarstige indruk.

Mondheekundige diagnose:

Lichte arthrosis van het rechter kaakgewricht.

Biografische anamnese:

Het is nu helemaal over. Hij moest oefeningen doen en toen is het eruit getrokken. Op kauwgom is hij verzot. Hij praat ontzettend veel, daarvoor staat hij bekend. Z'n collega's hebben hem wijsgemaakt, dat dit een „neurose-kwestie” was, dat vele praten. De huisarts zei eerst oorontsteking. De tandarts verwees hem naar de mondheekundige polikliniek.

De eetlust is de laatste tijd ontzettend goed; overdag rookt hij weinig, maar 's avonds vrij veel.

Vader is erg driftig. Patient mag hem wel en ze kunnen goed opschieten. Hij wilde graag, dat patient bij hem in de zaak kwam. Maar het wilde niet. Vader heeft hem eruit geslagen. Vader heeft veel last van bronchitis. Moeder is gauw in de put. Bijvoorbeeld over een stoel, die niet zo staat als hij moet staan. Ze is erg precies en netjes. Ieder moment moet er visite kunnen komen, liefst van dokters, dominees of advocaten. Daar kijkt moeder erg hoog tegen op. Vader wil voor dergelijk bezoek niet op zijn knieën gaan liggen, en laat dan onmiddellijk uitkomen dat hij maar een gewone fietsenmaker is. Moeder had weinig tijd voor de kinderen en vergeleken bij andere kinderen zijn ze tekort gekomen.

De verhouding tussen de beide ouders zou goed zijn, maar moeder is de baas. Met zijn twee broers heeft patient nooit kunnen opschieten. Ieder gaat zijn eigen weg.

Tot zijn twaalfde jaar heeft hij in bed geplast. Nagelbijten deed hij tot hij verkering kreeg. In zijn eerste levensjaren was hij net zo beweeglijk als nu. Hij was een opgewonden „standje”. Hij moest altijd in een fluwelen pakje lopen terwille van de burens.

De kleuterschool vond hij heerlijk, daar kon je je uitleven in een prettige sfeer. De lagere school was niet zo prettig. Hij leerde niet goed, want hij had geen zin. Thuis was het toen rot, want ze waren gebelgd, dat wij niet wilden leren.

Hij was 2 jaar op de M.U.L.O. Nadien werd hij volontair in het fotovak, maar dat was moeder te min. Als militair is hij bij de fotodienst. Eigenlijk wil hij uit de dienst. Hij fantaseert voor zichzelf dat het leger ingekrompen wordt en

dat hij ontslag krijgt. Hij wil uit dienst om het werk. Als ik er lange tijd blijf zitten, word ik gek. De mentaliteit is ver beneden peil. Het is de hele dag maar filmpjes afdraaien.

Ze behandelen hem als een kwajongen. Hij loopt voor spek en bonen mee, omdat hij overplaatsing heeft aangevraagd. Hij wil overal wel heen als hij maar niet in het Noorden hoeft te blijven. Zijn chef kleineert hem ontzettend, maar hij beheerst zich; dat leer je wel in de militaire dienst.

Hij heeft geen seksuele voorlichting gehad. Ze zeiden dat je op moest passen, maar waarvoor, dat moest je zelf maar uitvinden. De masturbatie vond hij „wel leuk”. Hij heeft een bevredigende seksuele relatie met zijn vrouw. Zijn vrouw is opvliegend en aan hem gewaagd. Ze kan evenals patient in het „Noorden” niet wennen.

Hij was lid van een militaire belangenvereniging, maar hij doet het niet langer. Er gebeurde niets, want zijn chef was voorzitter.

Zijn vak is zijn hobby en hij fantaseert over een complete eigen filmuitrusting.

Patient is een klein pittig mannetje, dat er ouder uitziet dan zijn leeftijd doet vermoeden. Hij maakt een gezonde indruk. Met zijn fors ontwikkelde kauwspieren en zijn korte nek, tezamen met zijn hele optreden gaat er iets besluitvaardigs van hem uit. De kleding is keurig. Patient geeft een stevige hand. Hoewel er een goed contact is, heeft men toch het gevoel dat patient zich een beetje op een afstand houdt. Hij spreekt met een afgemeten stem. Het bewustzijn is helder. Het intellect is goed. De gedachtengang is ongestoord. Het affect is adequaat en moduleert goed. Men krijgt echter het gevoel, dat patient in staat is tot vrij heftige agressieve explosies. De stemming is enigszins dysphoor. Uit zijn hele manier van doen spreekt een zekere verbittering. Patient heeft een zeer correcte houding. Er is weinig mimiek en slechts weinig gesticulaties begeleiden het spreken. Seksuele problemen worden enigszins rationaliserend afgedaan. Hoewel patient zich gemakkelijk uit, kropt hij toch op. Op zijn werk moet hij zich geweldig beheersen, terwijl hij in feite bijzonder boos is op zijn chef. Gezien de gezagsverhoudingen kan hij dit echter niet uiten. Hij is enigszins gepreoccupeerd met zijn lichamelijke gezondheid.

Patient gaat gebukt onder een agressieproblematiek en autoriteitsconflicten: de spanningen, die dit oproept worden min of meer gekanaliseerd in veel eten en kauwgumkauwen; tijdelijk is hij gedecompenseerd met kaakgewrichtsklachten.

Het gedecideerde optreden, een zekere verbittering en een duidelijke agressie vallen de psycholoog (B. G. Deelman) op. Paranoïde trekken zijn eveneens te onderkennen. Hoewel patient goed medewerkt aan het onderzoek, voelt men steeds de onderliggende agressie. Patient werkt op ostentatieve disciplinaire wijze. Af en toe stokt hij bij zijn werk. De psycholoog meent dit te moeten toeschrijven aan bewustzijnsinzinkingen.

Het Wechsler IQ is 115. Bij het plaatjes rangschikken geeft patient blijk van een slecht invoelen van sociale situaties. Bij kwalitatieve analyse van het plaatjes rangschikken worden aanwijzingen gevonden voor autoriteitsconflicten.

De Mira geeft afwijkingen zoals bij epileptici gevonden worden.

De Bourdon wijst ook in deze richting. De Bourdon wordt in snel tempo begonnen, een tempo dat patient niet geheel kan volhouden.

De bomen zijn rijkelijk infantiel.

Bij de menstekeningen wordt eerst een stoerdoend mannetje in uniform getekend, vervolgens een vrouwtje, eveneens met geweldige schouders en voorzien van een geweldige haardos en wat schuchter getekende borsten. Bij de vrouw ontbreekt de mond.

De Barendregt ligt wat de neuroticisme-score betreft halverwege die van neurotici en normalen. De zeer hoge sociability-score van 29 wijst hier op een krampachtige extreme aanpassingspoging.

Uit de zinaanvultest komt onder andere naar voren, dat patient graag aandacht van vrouwen heeft. Hij neigt tot stoer doen, maar is gelijktijdig een zielig

jongetje met nogal kinderlijke affecties. Verder spreekt er veel agressie en geïrriteerdheid uit deze test.

In de F.P.T. zijn tegelijkertijd de behoefte aan een warm affect van een vaderremplacant en de hooghartige houding, die patient hiertegenover aanneemt, weer te vinden.

De Rosenzweig bestaat practisch uitsluitend uit naar buiten gerichte agressie van een grove kwetsende soort. Uitgesproken paranoïde en verongelijkte trekken zijn onmiskenbaar. Bij de Rosenzweig is voortdurend sprake van agressie tussen ouders en kind, tussen man en vrouw en tussen mannen onderling. De psycholoog meent dat de basis van dit gedrag gevormd wordt door affectieve verwaarlozing en het gefixeerd blijven in het negatieve oedipuscomplex.

In de Rorschach is de burnt-child reaction aanwezig, de affectbehoefte wordt ontkend en afgeweerd; er is een angst voor emotionele stimuli en er is geen enkele reactie op kleur. Het aspiratieniveau is zeer hoog. Vrij veel spaceduidingen wijzen op een oppositionele tendens. Hij wil imponeren door over de sexualiteit te praten, wat tegelijkertijd op een onvolgroeide sexualiteit wijst. Er zijn aanwijzingen voor falen in het manzijn en een angst voor het contact.

Samenvattend zegt de psycholoog over zijn onderzoek, dat hem het meest opvalt de drang tot imponeren en de heftige agressieproblematiek, die zich uit in irritatie, paranoïde trekken en verongelijkheid. Etiologisch denkt de psycholoog aan drie factoren:

1. Een regulatiestoornis, misschien van epileptische aard.
2. Affectieve verwaarlozing.
3. Een negatief oedipuscomplex.

Bij het somato-neurologisch onderzoek werden nauwelijks afwijkingen gevonden.

Conclusie electro-encefalogram (A. M. Hamoen): Wel wat hoog actieniveau E.E.G. De oversynchrone opbouw doet vermoeden, dat de regulatieve functies niet optimaal zijn. Wat betreft de mm. temporalis: ontspanning is wel mogelijk, meestal zijn ze matig gespannen.

Diagnostisch hebben we te doen met een neurotische man, die neigt tot agressieve ontladingen. Hij gaat gebukt onder agressieproblemen en autoriteitsconflicten en moet zich overmatig stoer en gedecideerd voordoen. De grondslag voor deze neurotische ontwikkeling is waarschijnlijk gelegd in de allervroegste jeugd en berust mede op een zekere affectieve verwaarlozing. Verder is er een stoornis opgetreden bij de afwikkeling van de oedipale relaties, waarbij zich een negatief oedipuscomplex heeft ontwikkeld.

Het is natuurlijk verleidelijk de lust in kauwgomkauwen rechtstreeks te duiden als afkomstig van orale strevingen en het optredende kaakgewrichtssyndroom als vervolg hierop te zien. Het is waarschijnlijk voorzichtiger om te stellen, dat de lust tot voortdurend kauwgomkauwen misschien haar wortel ten dele heeft in stoornissen in vroeg infantiele ontwikkelingsfasen. Deze lust tot kauwgomkauwen hangt echter ook samen met gewontevorming in het milieu van onderzochte. Een der functies is waarschijnlijk een outlet te vormen voor gewekte spanning. Nu nemen om welke re-

den dan ook, de spanningen toe. In dit geval bestaat de noodzaak, de agressie tot elke prijs te beheersen. Nu zijn kaakgewricht en kauwspieren tengevolge van het vele gebruik in dienst van het kauwgumkauwen en als ontwijkingsmogelijkheid voor spanningen, als het ware ook gepredisponeerd om hun rol te gaan spelen in een zich ontwikkelend Syndroom van Costen. Uit deze korte beschouwing is te zien, dat het Syndroom van Costen bij deze patient behalve een zekere specifieke psychodynamische bepaaldheid, toch ook in belangrijke mate de uiting is van een algemene gespannenheid.

9.11 *Schuldgevoelens over echtelijke ontrouw*

De 55-jarige automonteur X. werd in Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen opgenomen met een depressief-mutistisch syndroom.

Bij opname kon hij zijn mond niet openen wegens een trismus. De bovengenoemde verschijnselen zijn opgetreden, na een stereotactische ingreep in de Neurochirurgische Universiteitskliniek te Groningen (Hoogleraar-Directeur: Prof. Dr. E. H. Lenshoek).

Patient is de oudste zoon uit een groot gezin. Vader was landarbeider en werkte hard. Hij lustte graag een borrel. Moeder overleed zeer jong na een partus. Het gezin heeft veel armoede gekend. Van zijn vroegste jeugd weet patient zich weinig te herinneren. Op de lagere school is hij, hoewel hij zeker niet dom was, twee keer blijven zitten. Met zijn vriendjes haalde hij veel kattenkwaad uit.

Hij is wel eens bij een baas ontslagen wegens links-politieke activiteiten.

Door werkloosheid kwam hij in de werkverschaffing terecht. Omstreeks zijn 50e jaar kon hij wegens een reeds enige jaren bestaande morbus Parkinson zijn werk niet langer verrichten. Hij werd op een beschermde werkplaats geplaatst. Na een half jaar verergerde zijn Parkinsonisme zodanig, dat hij geen enkele arbeid meer kon verrichten.

Toen hij 11 jaar oud was, heeft hij „Spaanse griep” gehad. Een jaar voor de huidige opname is een linkszijdige stereotactische ingreep verricht. Nu bij deze laatste opname werd dezelfde ingreep aan de rechterzijde gedaan.

Over zijn psychosexuele ontwikkeling worden we van patient weinig gewaar.

Op zijn 18e jaar had hij voor het eerst een meisje, op zijn 23e jaar huwde hij gedwongen.

Na enige zwangerschappen werd zijn vrouw angstig voor een nieuwe graviditeit. Zij werd toen langzamerhand frigide. Toen patient de gewoonte aannam na een politieke vergadering wel eens een borreltje te gaan drinken, werd de relatie met zijn vrouw zeer gespannen. Zij stond sindsdien de geslachtsgemeenschap niet meer toe. Patient had toen gedurende twee jaar sexueel contact met de vrouw van een vriend, aan wie hij zijn sexuele nood had geklaagd. Hiervan vertelde hij zijn vrouw nimmer iets.

Door zijn politieke activiteiten bracht patient het tot vakbondsbestuurder. Het lidmaatschap van het hoofdbestuur viel niet mee en hij voelde zich daar eenzaam. Het maakte hem nerveus. In de loop der jaren werd hij steeds meer teurgesteld en hij bedankte als hoofdbestuurslid.

Patients Parkinsonisme zou omstreeks zeven jaar geleden begonnen zijn, ongeveer in de periode, dat hij zijn vrouw ontrouw was.

Bij psychiatrisch onderzoek vonden we een zeer bedroefde man. Hij kon haast niet praten tengevolge van een trismus en had zeer veel last van speekselvloed. Zijn linkerarm en -hand schudden. Het bewustzijn was helder, de aandacht was

goed te trekken. De waarneming was ongestoord. Er waren geheugenstoornissen. Het denken was zeer traag. Er was een preoccupatie met eigen tekortschieten. Patient behoort tot de normaal begaafden. Aanvankelijk was er een duidelijke affectlabiliteit. De stemming was depressief. De motoriek was star. Er was zeer weinig mimiek. Er bestond een strenge gewetensfunctie tezamen met zeer over-dreven idealen. Agressieremming en seksuele problematiek hebben hun aandeel in het tot standkomen van het huidige toestandsbeeld.

De psycholoog (M. J. D. Henriquez y Pimentel) vond patient een somber-kijkende man met weinig interesses. Hij was niet erg coöperatief, eerder passief afwerend. In zijn spreken was hij verongelijkt.

Het Wechsler IQ bedroeg 103, verbaal 115, performance 89. Het geheugen was niet zo goed. Er bestond een slechte score voor plaatjes rangschiken, sociale intelligentie en er waren blokpatroonfouten, zoals men ziet bij demente patienten.

Bij de Bourdon werd een behoorlijke aandachtsfunctie, maar een traag denk-proces gevonden.

De Mira was zeer ernstig gestoord. Het vormverlies werd mede veroorzaakt door een lichte tremor.

Met de Grassi haalde patient een score van $12\frac{1}{2}$, hetgeen op intellectuele deterioratie duidt.

Met de A.B.V. kwam patient op een hoge neuroticisme- en een hoge neuro-somatische-score.

De tekeningen toonden een ernstig vormverlies, hetgeen op dementie wijst.

In de projectietests bleek patient nauwelijks toe te komen aan projecteren. Hij kon niet meer tot een structurering komen. Hij was depressief en er was veel geremde agressie. Hij was zeer met zichzelf begaan. Er was een duidelijke angst thuis en in de maatschappij niet meer geaccepteerd te worden. Hij voelde zich niet opgewassen tegen de eisen, die zijn hoognormerend Über-Ich hem stelt. Er was een sterke belevenis van achteruitgang. Patient is een tobkende, depressieve persoonlijkheid met insufficiënte- en schuldgevoelens. De dementie is een factor ten ongunste.

Bij neurologisch onderzoek viel vooral het reeds beschreven starre gezicht, de salivatie en de grofslagige tremor van de linkerarm op. Er was een dysarthrie en een bradykinesie. Er was een duidelijke trismus. De linker mondhoek bleef achter bij wijd openen van de mond. Bij passief bewegen was er een zekere gespannenheid van alle spieren. De kniepeesreflex was beiderzijds afwezig. Er was een hypalgesie van de linker gelaatshelft met onaangename sensaties in deze gezichtshelft.

Het routine laboratoriumonderzoek van bloed, liquor en urine was niet afwijkend, E.E.G. en E.C.G. waren niet afwijkend. Luesreacties in bloed en liquor waren negatief.

Om verder georiënteerd te geraken over de aan het Syndroom van Costen herinnerende klachten, hebben we het oordeel gevraagd van de neurochirurgische medewerker (J. van Manen), die de stereotactische ingreep heeft verricht. Hij meende, dat de hypalgesie en de onaangename sensaties in de linker gelaatshelft óf begeleidingsverschijnselen waren van de plaatselijke spierrigiditeit óf de uitingen waren van een soort thalamussyndroom, hetgeen veroorzaakt zou kunnen zijn, door een niet geheel juist geplaatste stereotactische laesie.

De mondchirurg vond geen duidelijke afwijkingen aan de kaakgewrichten. Hij schreef patient wel oefeningen voor.

Diagnostisch hebben we te doen met een depressief syndroom bij een neurotische man. Er bestaat nog een licht Parkinsonsyndroom, na een dubbelzijdige stereotactische ingreep. Er zijn tekenen van

dementie. Bovendien zijn er trismusklachten welke doen denken aan het Syndroom van Costen. De etiologie van de trismus is niet geheel duidelijk geworden.

In de loop van kathartische gesprekken bleek ons, dat patient zich wel bijzonder schuldig gevoeld heeft over de gepleegde huwelijksontrouw. Patient luchtte zichtbaar op, nadat hij de gelegenheid had zich eens tegen derden hierover te uiten, en de stemming verbeterde zeer. De trismus verdween definitief, toen patient eenmaal met weekcindverlof was weggeweest en zijn huwelijksontrouw bij zijn vrouw had gebiecht. We dienen hier mede in aanmerking te nemen, dat patient behandeld is met disipal, atropine, tofranil en tremaril en ook geregeld de voorgeschreven oefeningen heeft gedaan.

Toch lijkt de volgende psychodynamische beschouwingwijze over patients klachtenpatroon wel aannemelijk. Iemand van de persoonlijkheidsstructuur van patient heeft de echtelijke ontrouw als zeer schuldbeladen beleefd. Dan breekt de morbus Parkinson uit, waarbij hij als het ware voor zijn zonde boet. De schuld is dan min of meer uitgedelgd. Nu treedt tengevolge van twee stereotactische ingrepen een verbetering op. Terwijl nu door verschillende oorzaken de psychisch integratieve functies verminderd zijn, komen de oude schuldgevoelens boven, zulks tengevolge van het feit dat het Parkinsonisme verbetert, waardoor als het ware minder schuldgevoelens geabsorbeerd kunnen worden.

Patient reageert dan met depressie en kramp in de kaakspieren. Een en ander is verbonden met een op zichzelf gerichte agressie wegens het eigen tekortschieten. In het krampachtige zwijgen, met de trismus als extra zekerheid, dat het zwijgen gehandhaafd zal blijven, wordt als het ware het willen en moeten verzwijgen van de sexuele ontrouw gesymboliseerd.

Patient kon na 3 maanden redelijk hersteld de kliniek verlaten en hervatte zijn langdurig onderbroken werkzaamheden op de beschermde werkplaats.

9.12 *Verstrikt in de omgekeerde oedipale situatie*

De 31-jarige Y. X. verbleef gedurende zeven maanden in de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen wegens hypochondere klachten, welke te voren aanleiding waren geweest tot langdurig werkverzuim.

Patient was de oudste thuis. In het gezin was een gespannen atmosfeer, door

de tyrannieke wijze van gezagsuitoefening door zijn vader. Vader pleegde geregeld echtbreuk. Eénmaal was patient hiervan op veertienjarige leeftijd getuige. Hij bevond zich in een andere kamer en keek in de spiegel en zag door de geopende deur, zijn zich onbespied wanende vader bezig met zijn overspelig bedrijf. Patient vertelde hetgeen hij gezien had aan zijn moeder. Toen patient zeventien jaar oud was, werd er een echtscheiding uitgesproken mede, aldus patient, naar aanleiding van hetgeen, hij op zijn veertiende jaar aan moeder verteld had.

Met zijn moeder had hij een goede verhouding. Hij beleefde haar als een lieve, zachte vrouw.

Tot zijn zesde jaar leed hij aan slaapwandelen en bedwateren. Tot ongeveer 12 jaar stotterde hij en beet veel op zijn nagels. Hij leed bovendien aan nachtelijke angsten, die verband hielden met bedreigingen door zijn vader.

Op de lagere school had hij veel moeite met rekenen. Hij doubleerde de eerste en de vierde klas.

Hij is nu 12 jaar fabrieksarbeider. Hij zou nooit moeilijkheden met zijn werkgevers hebben gehad. Hij staat bekend als een zeer nauwgezette harde werker.

Sexuele voorlichting kreeg patient op straat. Uit angst heeft hij nimmer aan zelfbevruchting gedaan. Met zeventien jaar had hij voor het eerst sexueel verkeer. Op zijn drieëntwintigste jaar huwde hij met een acht jaar oudere buitenlandse vrouw, die reeds een grote zoon had. Dit was een gedwongen huwelijk.

De vrouw begrijpt van de ziekte van patient niets. Zij zou zelf wel willen dat zij zijn vrouw was, maar in feite is zij zijn moeder, aldus zegt de vrouw van patient. De verhouding tussen patient en zijn bijna volwassen stiefzoon is zeer gespannen. De huidige klachten van patient hebben een lange voorgeschiedenis. In de tijd dat de echtscheiding tussen vader en moeder uitgesproken werd, bezocht patient de psychiatrische polikliniek en de mondheekundige polikliniek wegens aangezichtspijnen en kaakgewrichtsklachten.

Op de afdeling mondheekunde stelde men als diagnose: arthrotische veranderingen van het rechter kaakkopje.

Drie jaar later omstreeks zijn twintigste jaar bezocht hij beide poliklinieken weer met dezelfde klachten. Het beeld werd toen gecompliceerd door hoofdpijn, die door de behandelende zenuwarts werd omschreven als van neurasthene aard te zijn. Het rechter kaakgewricht werd toen tijdelijk geïmmobiliseerd, waarop de kaakgewrichtsklachten verdwenen.

Een jaar voor opname klaagde patient over een draaierig vreemd gevoel in de maag. Verder had hij hartkloppingen, hoofdpijn, angstige dromen, waar hij wakker van werd, duizelingen en potentiële stoornissen. Als mogelijke verergerende aanleiding werd het plotseling overlijden van een buurman aan een hartinfarct gezien. Bij uitvoerig somatisch onderzoek werden toen geen afwijkingen bij patient gevonden.

In het daarop volgende voorjaar bezocht patient de psychiatrische polikliniek opnieuw. Hij had toen dezelfde klachten en was bovendien depressief en had suicidegedachten. Hij meende verder dat er „iets” was met zijn gezicht en met zijn neus. Misschien was de neus te groot. Hij bekeek zichzelf voortdurend in de spiegel, maar kon dan niets afwijkends ontdekken.

Bij psychiatrisch onderzoek vonden we een zeer infantiele dwangmatige man met een matige intellectuele begaafdheid. Hij was angstig en depressief gestemd. Hij was klagerig en kleverig. Het affect had vaak iets onechts. Soms zijn de emoties hem echter te machtig en dan komen echte tranen. Hij was omstandig in zijn denken en praten. Hij stotterde vaak en trok dan krampachtig met zijn mond. Hij was sterk gepreoccupeerd en soms zelfs op waanachtige wijze bezig met zijn lichamelijkeheid. De inhoud van het denken was egocentrisch gericht en had een hypochondere kleur. Hij maakte een wilszwakke indruk, hoewel hij op bepaalde punten bijzonder koppig kon zijn.

Het beeld dat patient toonde, werd gekleurd door vroeginfantiele- en oedipale moeilijkheden.

De psycholoog (M. J. D. Henriquez y Pimentel) vond patient een slappe, passieve, twijfelende man, die sterk met zijn moeilijkheden gepreoccupeerd was. Met name zijn lichamelijke hield hem steeds bezig en nauwlettend observeerde hij iedere lichaamsfunctie, die, en daar was hij erg bang voor, wel eens gestoord zou kunnen raken.

De intelligentie lag op normaal middelmatig niveau. Met de Wechsler behaalde patient een IQ van 101, verbaal 92, performance 110. De grote discrepantie tussen praktische en theoretische intelligentie werd verklaard door de slechte inprenting en de zeer matige rekencapaciteit. Het abstraherend vermogen leek ook slecht ontwikkeld.

De Bourdon was wat onregelmatig.

De Mira toonde lichte afwijkingen, zoals men wel ziet bij epileptische patienten. Bij de projectietests stond een oedipale problematiek centraal, waarbij vooral passieve trekken naar voren kwamen.

Er heerst een sterke agressiviteit tegen de vader. Patient was gauw geneigd zich terug te trekken bij moeilijkheden en te komen tot een hypochondere verwerking van zijn problemen. Het aspiratieniveau was te hoog. De sexualiteit werd in sterke mate verdrongen, waarbij de psycholoog aannam dat schuldgevoelens over de masturbatie een rol speelden

Bij een zeer uitgebreid somato-neurologisch onderzoek werden geen duidelijke afwijkingen gevonden.

De diagnose werd gesteld op een hypochonder-depressief syndroom bij een neurotische man.

Het huidige toestandsbeeld wordt reeds in de vroege jeugd voorafgegaan door nogal ernstige „kinderneurotische verschijnselen”. In de puberteit bestaat een seksuele problematiek met als bijzondere complicatie het getuige zijn van vaders ontrouw. In de adolescentie ontstaat een Syndroom van Costen, dat mede beïnvloed wordt door de spanningen ten gevolge van de echtscheiding van vader en moeder, waarin patient een rol heeft gespeeld.

In psychodynamische zin zouden de spanningen in patients kauwspieren drie dingen kunnen symboliseren. Het wel en niet boos willen zijn op de vaderfiguur en het boos zijn op zichzelf om eigen falen. De algemene spanning tengevolge van het moeilijke dilemma, waarin deze geestelijk zwakgevoegde man zich bevindt, zou zich eveneens in een gespannenheid van de kauwspieren kunnen uiten.

Als dan de kaakgewrichtsklachten behandeld worden, melden zich nieuwe symptomen aan tezamen met de nieuwe levensmoeilijkheden, welke patient op weg naar de volwassenheid ontmoet. Dan komen de hypochondere klachten van hart en maag, van het aangezicht en van de neus, die vergezeld worden door een angstige, depressieve stemming.

Men zou kunnen veronderstellen, dat patient agressieve gevoelens koestert ten aanzien van zijn vader, omdat deze ontrouw is geweest aan moeder. Hoewel dat misschien ook wel een rol speelt, gaat het hier niet in de laatste plaats om het feit - dat vaders ontrouw tevens manifesteert - dat vader geen interesse heeft voor patient. Want patient heeft de „passieve” vrouwelijke rol gekozen, in de hoop, dat vader zich met hem bemoeien zal inplaats van met de vrouwen in het algemeen, omdat patient de concurrentiestrijd met vader om moeder en om de vrouw in het algemeen, reeds sedert lang heeft opgegeven. Door zijn manifeste heteroseksualiteit wijst vader dit onbewust offer van zijn zoon als het ware af; dit krenkt onze patient ten diepste. Patient komt dan onder de spanning te verkeren, dat hij agressie gaat koesteren ten aanzien van degene, die hem eigenlijk bovenal lief zou moeten hebben en naar wiens liefde hij in diepste wezen nog dingt. Hij voelt zich niet alleen gekrenkt maar onbewust ook schuldig, omdat hij agressieve gevoelens koestert ten aanzien van zijn vader, van wien hij in wezen houdt. Gewoonlijk dingt het kleine jongetje naar de gunst van moeder in concurrentie met vader. Bij patient is het omgekeerde het geval. Wij kunnen hier spreken van een omgekeerde oedipale situatie.

9.13 *Een Duitse vrouw met het Syndroom van Costen*

Mej. X. is zevenendertig jaar oud. Zij werd opgenomen op de neurose-afdeling (Doz., thans Prof. Dr. D. Langen) van de „Universitäts-Nervenklinik Tübingen” (Hoofd: Prof. Dr. E. Kretschmer).

Ongeveer 11 jaar geleden was het begonnen. Het was op een zondag na het eten en ze moest aldoor gapen. Opeens wou de mond niet meer open of dicht. Ze had heftige pijn aan het linker kaakgewricht. De volgende dag consulteerde ze een chirurg. Hij zei haar letterlijk: „Het is nogal erg met U gesteld. U bent 26, maar Uw kaakgewrichten zijn wel 60”.

Kort daarop is ze aan het linker kaakgewricht geopereerd door een mondchirurg in Schwäbisch Hall. Na de operatie was ze volledig hersteld. Een jaar later trad er pijnlijk kraken van het rechter kaakgewricht op. Zes jaar later werd de discus uit het rechter kaakgewricht verwijderd. Na drie maanden kwamen de oude klachten terug.

Een jaar geleden is ze opnieuw geopereerd. Er is toen een resectie van het rechter kaakkopje verricht. Tijdens de operatie werd de nervus facialis beschadigd. Ze heeft sindsdien een verlamde rechter gezichtshelft. De laatste operatie heeft overigens niet het beoogde effect gehad. Patiente kan sedert enkele maanden de mond moeilijk open krijgen. Ze heeft pijn in het „rechterkaakgewricht”. De pijn straalt uit door de hele onderkaak en verergert bij te ver openen van de mond.

Patiente werd nu verwezen door het „Zahnärztliches Institut der Universität Tübingen” (Hoofd: Prof. Dr. E. Fröhlich) waar men geen mogelijkheden meer zag, om patiente met succes verder te behandelen.

De eerste menstruatie kwam met 20 jaar. Ze verliest veel bloed. Gedurende de menses en vlak ervoor heeft patiente migraine.

Vlak voor de menstruaie is ze kwaad en heeft ze last van hartkloppingen. Met haar 18e jaar consulteerde ze, om haar moeder een plezier te doen, de huisarts over het uitblijven van de menstruatie. Volgens de dokter werd de amenorrhoe veroorzaakt door bloedarmoede. Voor haar hoofdpijnklaften gebruikt patiente veel medicijnen.

Vader leed aan maagklachten. Van haar ouders heeft patiente heel veel gehouden. Ze was heel erg aan hen gehecht.

Patiente woont alleen in de ouderlijke woning. Bij het huis is een grote moestuin, die patiente geheel alleen verzorgt. Ze werkt op een textielfabriek van 's morgens zeven tot 's avonds zes, met eenmaal een uur pauze en eenmaal 20 minuten rust. Ze verdient netto D.M. 300.— per maand. Soms als ze thuiskomt gaat ze direct naar bed. Aan haar huishoudinkje komt ze nauwelijks toe. Een buurvrouw kookt meestal voor haar. Ze is ongehuwd en had ook nimmer een vriend.

Bij psychiatrisch onderzoek vonden we een „oude jongeuffrouw” die hoogst eenvoudig gekleed was. Het bewustzijn was helder. Er waren geen geheugenstoornissen. Het intellect was goed. Er waren geen denkstoornissen. Het affect was uitgesproken onecht. De stemming was angstig depressief. Patiente was zeer gepreoccupeerd met haar gezondheid. Ze was overvriendelijk en overbeleefd. Dreigde een conflict, dan trok ze zich onmiddellijk terug. Er bestond een agressieremming. Sexuele gevoelens werden nauwelijks tot de bewuste sfeer toegelaten. Vraagt men haar zelf waaraan ze haar klachten toeschrijft, dan zegt ze: „Ich schaffe so gern”. Ze had ook het gevoel, dat het te maken had met het feit, dat ze zich altijd „zo gespannen houdt”. Op het werk beet ze veel op haar tanden.

Patiente is een infantiele vrouw met dwangmatige trekken. Über-Ich en Ideaal-Ik zijn sterk ontwikkeld.

Bij het somato-neurologisch onderzoek vonden we een astheen gebouwde vrouw. Ze kon de mond niet verder dan anderhalf vingerbreed openen. Aanraking van de rechter onderkaak gedoopte patiente niet. Er bestond een slappe parese van de rechter nervus facialis met volledige elektrische ontaardingsreactie.

Er was een licht struma. Verder werden geen duidelijke afwijkingen gevonden.

Mondheekkundige diagnose:

„Deformierende Arthropathie” van beide kaakgewrichten.

Supervisie oordeel Dr. D. Langen: „Offenbar keine speziellreaktiven Momente. Es liegt eine charakterologisch bedingte Fehlhaltung vor, die darin kulminiert, dass die Patientin sich scheut, berechnete gesunde Aggressionen zu äussern”.

Diagnose: Syndroom van Costen bij neurotische vrouw met infantiele, hysterische en dwangmatige trekken en een sterke agressieremming.

Hoewel patiente niet op „mijn” afdeling lag, werd besloten, daar bekend was, dat ik mij bijzonder voor het Syndroom van Costen interesseerde, om patiente ter verdere observatie en behandeling aan mij toe te vertrouwen. Patiente werd op mijn verzoek onderzocht met de „Schreibwaage”. Dit is een instrument, waarmee het mogelijk is de schrijfdruk te meten, waardoor men een indruk kan krijgen van de „Feinmotorik”.

Patiënte werd onderzocht door „Diplompsycholoog” Dr. H. Herter van de „Forschungsstelle für Konstitutions- und Arbeitspsychologie bei der Universität Tübingen”. Ik woonde het onderzoek bij. Aanvankelijk keek de psycholoog wat verveeld naar de papierrol, waarop de schrijfdruk in curve geregistreerd werd. Plotseling werd hij opmerkzaam en riep: „Ei, ei, da sind die Zacken der gehemmten Aggressionen, das ist doch ein Tempogestörter. Sie will schnell und kann nicht und wird dann böse auf sichselbst”.

Ik was door deze uitroep reeds zeer bevredigd. De officiële conclusie van de beoordeling luidde:

„Nach dem vorliegenden Befund der Psychomotorik ins besondere der Feinmotorik, liegt sicher eine Verlangsamung vor, die teilweise über den Bereich der Norm hinaus geht. Die Langsamkeit des Reagierens dürfte auch bei der Arbeit eine Rolle spielen. Sie habe wohl Schwierigkeiten, wenn Akkordarbeiten von ihr verlangt würden. Ausserdem dürften deutliche Anpassungsschwierigkeiten vorhanden sein im Sinne einer verlangsamten Initialzündung und mangelender Kontaktfähigkeit. Die Antriebssteuerung ist unausgeglich; es kommt nach anfänglichem Zögern öfters zu überschießenden Antriebs- und Affektreaktionen, die dann aber wieder abebben und vielleicht auf der Selbstwertebene verarbeitet werden. Das Durchhaltungs- und Belastungsvermögen ist leicht angeschlagen, dass heisst sie neigt dazu, rascher zu ermüden, weil sie sich im Tempo immer etwas stärker forcieren muss und weil sie auch psychisch und vital nicht sehr robust ist. Sie ist eher weich und asthenisch. Als Kompensationserscheinung kommt es dann zeitweise zu Verkrampfungen, die sich hartnäckig halten und nur schwer lösen lassen”.

Patiënte werd behandeld met een korte slaapkuur. Binnen enkele dagen was ze zonder klachten. Korte tijd na het beëindigen van de slaapkuur begonnen de klachten opnieuw. Voordat ze hun oude hevigheid weer konden bereiken, werd patiënte behandeld met hypnotische suggesties. Tevens werd naar het in Tübingen gebruikelijke „Zweigleisige Verfahren” getracht patiënte enig inzicht te geven in haar problematiek. De inzichtgevende besprekingen vonden hun neerslag in de „Leitsatz”: „Ruhig bei der Arbeit”. De hypnotische suggesties werden gestaakt en patiënte kreeg de opdracht ge-

durende het inmiddels aangeleerde Autogene Training de „Leitsatz” voor zichzelf te herhalen. Een leefregel met gedoseerde rust werd afgesproken. Na ontslag uit de kliniek zou patiente, alvorens de arbeid te hervatten, eerst nog enige weken bij een vriendin gaan logeren. Bij ontslag was patiente in een uitstekende conditie.

Na enige weken verscheen patiente voor poliklinische nabehandeling; ze had toen weer evenveel last van haar kaakgewrichtsklachten als voor de opname. Ze was niet bij haar vriendin gaan logeren. Direct na thuiskomst was ze hard aan het werk gegaan in haar moestuin en had ze haar oude levensstijl weer opgevat. „Leitsatz” en Autogene Training bleken in dit geval machteloos tegen strevingen van een onbarmhartig Über-Ich en van een hooggespannen Ideaal-Ik.

De eerste tien patienten uit de in dit hoofdstuk besproken ziektegeschiedenissen zijn te beschouwen als min of meer karakteristieke vertegenwoordigers van de neurotische patient met kaakgewrichtsklachten. Deze patienten zijn echter op een wijze gekozen, die sterk selectiebevorderend is. (zie ook: 7.2 en 8.1).

De patient uit de elfde ziektegeschiedenis leed niet aan een Syndroom van Costen, maar paste wat betreft zijn problematiek wel in deze serie.

De patienten uit de ziektegeschiedenissen 9.12 en 9.13 tonen zeker geen beeld, zoals dit bij een gemiddelde lijder aan het Syndroom van Costen voorkomt.

POGING TOT STATISTISCHE VERIFICATIE VAN
OPGESTELDE HYPOTHESEN

10.1 *Een aantal hypothesen*

Bestudering van de in de voorafgaande hoofdstukken verzamelde gegevens leidde tot het formuleren van een aantal hypothesen.

Deze hypothesen werden gesteld met de bedoeling ze te verifiëren, door een aselechte groep lijders aan het Syndroom van Costen van de Mondheelkundige Universiteitskliniek te Groningen te vergelijken met een aselechte groep patienten van dezelfde kliniek, niet lijdend aan het Syndroom van Costen. Waar zich dus bij het overlezen van de hypothesen de gedachte opdringt, dat er sprake is van een vergelijking, is gedacht aan de patienten uit de genoemde controlegroep.

1. Het Syndroom van Costen is meestal een multiconditionele afwijking. Neurotische afwijkingen en functiestoornissen van het kauwstelsel vormen onder andere de ontstaansvoorwaarden.
2. Bij deze patienten zijn de klachten meestal van lange duur.
3. Ze kunnen zelf dikwijls geen oorzaak voor hun klachten aangeven.
4. Bij lijders aan het Syndroom van Costen vindt men vaak andere somatische klachten in de anamnese.
5. Bij naaste familieleden van deze patienten komen vrij veel lijders aan andere somatische klachten voor.
6. Als klein kind zijn ze al zeer beweeglijk en onrustig.
7. Er komen veelvuldig zogenaamde kinderneurotische verschijnselen voor.
8. Psychosexuele stoornissen komen veel voor.
9. Lijders aan het Syndroom van Costen hebben een hoge algemene waardering voor ouders en partners en neigen ertoe zichzelf te onderwaarden.

10. Ze hebben vaak een hoog aspiratieniveau. Ze hebben vaak „verdachte hobbies”. Onder „verdachte hobbies” verstonden wij, dat bij deze mensen de vrijetijdsbesteding geen wezenlijke ontspanning vormt.
11. Lijders aan het Syndroom van Costen hebben te kampen met agressieproblematiek.
12. Deze patienten hebben last van heimwee gedurende de kindertijd; zij zijn gehecht aan hun eigen woonplaats en aan die van hun ouders.
13. Lijders aan het Syndroom van Costen zijn dwangmatig.
14. Er wordt vaak onecht gedrag waargenomen.
15. Men treft bij deze patienten vaak een hypochondere instelling aan.
16. Er bestaat een bijzondere instelling ten opzichte van het kauwstelsel; er zijn bijzondere voedingsgewoonten en er worden veel medicamenten gebruikt.
17. Lijders aan het Syndroom van Costen hebben bijzonderheden in hun motorisch gedrag. Dit uit zich onder andere in de handdruk, het spel van de kauwspieren, een overdadig gebruik van het kauwstelsel - dat de fysiologische grenzen te buiten gaat - manifest nagelbijten, het veel met de hand aan gezicht en mond zitten en een algemene motorische onrust.
18. Ze zijn snel geprikkeld, gauw overstuurd, gespannen en lijden in versterkte mate aan vegetatieve labiliteit.
19. De indruk bestaat, dat de klachten een duidelijke plaats hebben in de levensgeschiedenis. Hiermee wordt bedoeld, dat ze voortvloeien uit andere klachten en weer gevolgd door nieuwe, die alle passen in een wijze van reageren van het individu onder invloed van stress.

10.2 *Waarom het noodzakelijk is de opgestelde hypothesen te verifiëren*

In de eerste plaats was het noodzakelijk de opgestelde hypothesen te verifiëren, omdat deze opgesteld waren naar gegevens afkomstig van geselecteerd patientenmateriaal. De criteria volgens welke deze patienten geselecteerd zijn, werden reeds besproken in § 7.2. De juistheid van de opgestelde hypothesen zal dus geverifieerd

dienen te worden met behulp van groepen patienten, die aselekt (DE JONGE, 1963) samengesteld zijn. De wijze, waarop dit werd gedaan, wordt besproken in de volgende paragraaf.

Een tweede bezwaar is, dat - hoewel de gebruikte vragenlijst (zie bijlage A) reeds bij enige klinische onderzoeken toepassing vond (HOVING, 1959; BLIJHAM, 1960 en JESSURUN, 1961) - het niet bekend is, hoe deze vragenlijst beantwoord zou worden door een groep individuen, die representatief te achten is voor de Nederlandse bevolking. Anders gezegd de gebruikte vragenlijst werd niet geijkt op de Nederlandse bevolking.

BLIJHAM (1960) merkt in dit verband op, dat de door hem en door ons gebruikte vragenlijst uitsluitend kan dienen tot het vinden van hypothesen, die door verder onderzoek geverifieerd moeten worden.

10.3 *Methodiek van het onderzoek ter verificatie van de hypothesen*

Aan de mondchirurg werd gevraagd om 50 lijders aan het Syndroom van Costen op te roepen. Hij mocht ze niet zelf uitkiezen, maar hij moest deze 50 patienten oproepen naar opeenvolgend rangnummer van oorspronkelijke aanmelding op de mondheelkundige polikliniek. Patienten, die bij het eerste oriënterend onderzoek betrokken waren geweest, werden uitgesloten. Verscheen een patient niet, hetgeen ongeveer acht à tienmaal voorgekomen is, dan werd een in rangnummer opvolgende opgeroepen. De reden van wegblijven werd niet geregistreerd. Bij navraag achteraf bleken een paar patienten verhuisd of overleden. Op deze wijze werd een zo aselekt mogelijke steekproef verkregen uit de op dat tijdstip aan de afdeling mondheeskunde bekende lijders aan het Syndroom van Costen.

Als controlegroep fungeerden 50 andere patienten van de mondheelkundige afdeling, die niet leden aan het Syndroom van Costen. Dit waren zoveel als mogelijk zich opeenvolgend anmeldende patienten. Zo werden twee zo aselekt als mogelijk samengestelde groepen patienten verkregen op welks uiteindelijke samenstelling de onderzoeker geen invloed kon uitoefenen.

Wellicht ten overvloede nog een enkele opmerking over de keuze van de controlegroep. Hiervoor werden andere patienten van dezelfde polikliniek gekozen, omdat significante verschillen pas interessant worden, indien zij optreden ten

aanzien van andere patienten met mondheekundige afwijkingen. Indien men namelijk lijdens aan het Syndroom van Costen vergelijkt met anderen dan lijdens aan mondheekundige afwijkingen, voert men een nieuwe variabele in en dient men zich later af te vragen of eventueel optredende significante verschillen niet, behalve door het opgetreden Syndroom van Costen, misschien mede bepaald worden door het feit, dat de controlepatienten niet lijden aan een mondheekundige afwijking en dat de gevonden significante verschillen helemaal niet specifiek zijn voor een opgetreden Syndroom van Costen, maar bepaald worden door het feit van de aan- of afwezigheid van een mondheekundige afwijking, respectievelijk bepaald worden door tegenstelling „zieken” en „gezonden”. Dit laatste gaat vooral wegen, indien een controlegroep bestaat uit op enigerlei wijze geselecteerde individuen, bijvoorbeeld: studenten of verpleegsters.

Met behulp van het onderzoek met de hierna nog te bespreken A.B.V. waren wij trouwens in staat na te gaan in welke mate ten aanzien van de A.B.V.-scores controlegroep en experimentele groep afweken van de gemiddelde bevolking.

De beide groepen patienten werden onderzocht met de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst) (A.B.V., WILDE, 1963). De A.B.V. mag zeker gelden als een met zorgvuldigheid vervaardigd en goed getest meetinstrument, dat gevalideerd is op verschillende groepen neurotisch gestoorde proefpersonen. Derhalve kan deze test zeker dienen voor het vergelijken van onze groepen patienten. De beide groepen patienten werden verder onderzocht op een aantal anamnestiche gegevens en op bepaalde psychiatrische en neurotische symptomen (zie bijlage B), voor zover dit noodzakelijk was ter verificatie van de gestelde hypothesen. De gegevens werden op zodanige wijze verwerkt, dat vergelijking van de beide onderzochte groepen patienten mogelijk werd.

Wij waren van plan geweest beide groepen te doen onderzoeken met de „organische testbatterij” van de psychologische afdeling (hoofd: Dr. P. E. Boeke) van de Groningse Psychiatrische Universiteitskliniek. Om technische redenen kon dit onderzoek niet uitgevoerd worden. Ook electro-encefalografisch onderzoek werd niet verricht.

Onze aselechte steekproef uit alle op dat moment bekende lijdens aan het Syndroom van Costen aan de Mondheekundige Universiteitskliniek te Groningen bestond uit 41 vrouwen en 9 mannen. BOERING (1966) vond bij zijn onderzoek van een groep van 400 lijdens aan het Syndroom van Costen, 317 vrouwen en 83 mannen (resp. 79,25 % en 20,75 %).

In de literatuur wordt een frequentie opgegeven van 83 vrouwen tegen 17 mannen op honderd patienten (zie ook: 2.3). De verhou-

ding in onze groep, 82 vrouwen tegen 18 mannen, omgerekend naar een groep van 100, is met deze gegevens in overeenstemming. Onze groep van 41 vrouwen en 9 mannen werd vergeleken met een groep van 41 vrouwen en 9 mannen, die op de reeds beschreven wijze eveneens aselekt verkregen was.

Zoals uit de tabel van bijlage D1 blijkt, worden inderdaad significante verschillen gevonden tussen beide groepen van 50 patienten. Hierbij moesten we ons natuurlijk realiseren, dat de beide groepen voornamelijk uit vrouwen bestonden. Daarom werd nagegaan of de significante verschillen zich handhaafden, indien men dezelfde berekeningen uitvoert voor de 41 vrouwelijke patienten. Dit was zoals uit tabel D2 blijkt, niet het geval. Hieruit volgt, dat het groepje van 9 mannen, hoewel in aantal relatief klein, in nogal sterke mate de uitkomst van de berekeningen met de gehele groep had beïnvloed.

Om nadere gegevens te verkrijgen over de mannelijke patienten en over het eventuele verschil tussen mannelijke en vrouwelijke kaakgewrichtspatienten, was het aantal van 9 mannen te klein om betrouwbare statistische berekeningen te verrichten. Derhalve werd besloten opnieuw een, nu groter, aantal mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen te onderzoeken.

Het onderzoek, dat tot nu toe door ons verricht was, liep over patienten, die tot en met het jaar 1962 aan de Mondheerkundige Universiteitskliniek te Groningen bekend waren. Daar het Syndroom van Costen bij mannen relatief zelden wordt gediagnosticeerd, bevatte deze hele groep dan ook maar relatief weinig mannen. Doordat reeds een aantal mannen aan voorafgaande onderzoeken had deelgenomen, was het niet meer mogelijk om uit de groep patienten, welke tot en met het jaar 1962 bekend geworden was een aselechte steekproef samen te stellen van mannen, die niet hadden deelgenomen aan vroegere onderzoeken. Wij besloten daarom op andere wijze een representatieve groep mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen te verkrijgen.

Daartoe hebben we zoveel als mogelijk alle mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen, die na het jaar 1962 bekend geworden waren, opgeroepen en onderzocht.

In het jaar 1963, 1964 en 1965 werd op de afdeling mondheerkunde vierendertigmaal bij mannen de diagnose Syndroom van Costen gesteld. Inmiddels waren de criteria, volgens welke de diagnose

gesteld werd, niet veranderd. Van deze 34 patiënten konden twee niet onderzocht worden, daar zij - ernstig invalide - in een verpleeghuis elders verbleven.

Er werden in totaal 32 mannelijke patiënten opgeroepen. Zes patiënten reageerden niet op onze oproep. Eén patient was overleden. Eén patient verbleef in het buitenland. Twee patiënten waren verhuisd.

Er konden dus 22 patiënten onderzocht worden. Deze 22 mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen werden weer vergeleken met een aselechte steekproef uit de mannelijke polikliniekpatiënten, die niet leden aan het Syndroom van Costen (zie de tabel van bijlagen C3 en D3). Het was nu ook mogelijk mannelijke en vrouwelijke patiënten die aan het Syndroom van Costen leden, met elkaar te vergelijken op significante verschillen (zie bijlagen C4 en D4).

Wij hebben ons natuurlijk afgevraagd of deze laatste significante verschillen die inderdaad optraden, relevant waren voor lijdens aan het Syndroom van Costen, of, dat hier sprake was van verschillen inherent aan het geslachtsverschil tussen mannen en vrouwen.

Om dit enigszins te kunnen beoordelen werd nagegaan of de gevonden significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen in dezelfde mate optraden tussen de mannen en vrouwen van de controlegroepen. Dezelfde significante verschillen werden slechts een enkele maal gevonden tussen de mannen en vrouwen van de controlegroep en indien dit voorkwam, was de χ^2 -waarde, op één uitzondering na kleiner (zie ook tabel VII, 10.7).

10.4 *Toelichting op de door ons gebruikte vragenlijst (zie ook bijlage B)*

Er werden vragen gesteld, waarbij de patient zelf een keuze moest doen uit hem aangeboden antwoorden. Voorbeelden van dergelijke keuzeantwoorden waren: ja, neen; gewoon, veel; slecht, goed, zeer goed.

Bij de bepaling van de algemene waardering, die de patient voor anderen, hem nastanden, had, moest hijzelf een cijfer toekennen. Hij kon hierbij kiezen van 1 tot 10.

Een aantal vragen werd niet door de patient zelf beantwoord.

Hierbij trachtte de onderzoeker zich een oordeel te vormen. Dit gold voor de vragen naar het voorkomen van „verdachte hobbies” en de aanwezigheid van dwangmatige trekken.

De kwaliteit van de handdruk, het „spel van de kauwspieren”, „meer dan physiologische mondbewegingen”, manifest nagelbijten, het „veel met de hand aan het gezicht zitten”, de algemene motorische onrust, het voorkomen van vegetatieve labiliteit, het zakelijk of niet zakelijk brengen van de klachten en het bestaan van een hypochondere instelling werden door de onderzoeker zelf gescoord.

Dit geldt ook voor de stemming (van opgewekt tot somber) en de onechtheid (van echt tot onecht), die gescoord werden op een vijfpuntsschaal.

Het aspiratieniveau werd door de onderzoeker geschat en eveneens gescoord op een vijfpuntsschaal.

Wat betreft de plaats in de levensgeschiedenis van de klachten van de onderzochte patienten, in de vorm zoals beschreven in de 19e hypothese, ook hierover vormde de onderzoeker zich - op het eind van het onderzoek van de patient - zelf een oordeel.

Toelichting verlangt ook de wijze waarop getracht werd zich een oordeel te vormen over een eventueel aanwezige agressieproblematiek. Er bestaan geen goede methodieken tot kwantitatieve bepaling van aanwezige agressieproblematiek. Vanuit de hypothese, dat op zichzelf gerichte agressie aanleiding is tot het ontstaan van een depressieve stemming, werd bij de betreffende nagegaan of er aanwijzing bestond voor een depressieve stemming. Ook de vraag naar een hypochondere instelling en de vragen naar opkroppen, gewoon boos worden of driftig worden, moeten tegen de achtergrond van een mogelijk aanwezige agressieproblematiek worden gezien.

Soms werd bij de beantwoording van een vraag een onderverdeling in zodanig kleine groepen verkregen, dat, waar vloeiende overgangen bestonden, wij ons gerechtigd achtten ten behoeve van de statistische berekening, groepen samen te trekken. Bijvoorbeeld bij de waardering van de vaderfiguur werd de tienpuntsschaal samengetrokken tot een driepuntsschaal met als scores: onvoldoende; voldoende; goed. In de scala van echt-onecht werden echt en minder echt, iets onecht en uitgesproken onecht, samengevoegd (zie voor deze beide laatste voorbeelden tabel VIa,, VIb, 10.7).

Soms waren er geen vloeiende overgangen tussen de groepen, maar

waren de mogelijke antwoorden zodanig gelijkwaardig dat het samenvoegen verantwoord genoemd kon worden om een statistische berekening mogelijk te maken. Hier werden van de vraag naar de belangrijkste functie van de mond samengevoegd: eten, drinken en snoepen en: praten, lachen en zingen (zie ook: tabel VIa, VIb, 10.7).

Evenals bij het oriënterend onderzoek werd voor het zoeken naar significante verschillen de χ^2 -test gebruikt. Bij berekeningen met zeer kleine aantallen werd, zoals reeds vermeld, een enkele maal de toets van Fisher (SIEGEL, 1956) toegepast.

10.5 *Enige opmerkingen over de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst) (A.B.V.)*

Behalve met een door onszelf ontworpen vragenlijst (bijlage B) werden onze patiënten onderzocht met de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst) (WILDE, 1963).

Men kan hiermee 4 scores verkrijgen:

1. De N(euroticisme)-score
2. De N(euro) S(omatische)-score
3. De E(xtraversie)-score
4. De T(estattitude)-score ook wel „Lie”-score genaamd.

Voor ons onderzoek hebben we de neuroticisme- en de neurosomatische score gebruikt. Wat betreft de extraversie-score, werden bepaalde significante verschillen gevonden. Daarom wordt hieronder de extraversie-score eveneens kort besproken.

De neuroticisme-score meet de neurotische labiliteit. De neurotische labiliteit van een bepaald individu is het eenvoudigst te definiëren als de mate, waarin de betreffende de kans heeft te eniger tijd neurotisch te reageren. Men mag het begrip neurotische labiliteit niet zonder meer in verband brengen met het begrip neurose. Wel kan gesteld worden, dat een hoge N-score de kans verhoogt, dat een neurose in klinische zin wordt vastgesteld.

De neurosomatische score wordt berekend op basis van de beantwoording van een aantal vragen naar somatische klachten, die meestal van neurotische herkomst zijn. De NS-score is in feite even-

als de N-score een maat voor neurotische labiliteit. Bij mensen met hoge zelf-defensiviteit is de NS-score misschien zelfs een betere maat voor de N-dimensie dan de N-score zelf.

Zoals gezegd wordt de NS-score bepaald door navraag naar somatische klachten, die meestal van neurotische herkomst zouden zijn. Dit maakt het echter mogelijk, dat de NS-score mede beïnvloed wordt door somatische klachten van niet-neurotische herkomst. Men mag dan ook slechts waarde hechten aan een verhoogde NS-score, als maat voor neurotische labiliteit, indien er tevens een verhoogde N-score gemeten wordt.

De NS-score is daarom minder betrouwbaar dan de N-score, hoewel deze laatste ook - zij het in lichtere mate - mede beïnvloed kan worden door somatische klachten van niet-neurotische herkomst.

De NS-score baseert zich in vergelijking met de N-score slechts op weinig vragen van A.B.V. Er kan daardoor in vergelijking met de N-score, hoog gescoord worden op relatief weinig vragen. Men heeft dus wat de NS-score betreft met een betrekkelijk grove toets te doen, die, als zij tevens beïnvloed wordt door somatische klachten van niet-neurotische herkomst, minder betrouwbaar zal zijn dan de N-score.

WILDE vond relatief hoge N- en NS-scores bij:

1. Personen, die psychiatrische hulp inroepen.
2. Personen, die voor psychiatrisch onderzoek worden verwezen.
3. Personen, die in psychiatrische inrichtingen worden opgenomen met de diagnose neurose.
4. Alcoholici.
5. Personen werkzaam in bedrijven, die een hoog arbeidsverzuim laten zien.
6. Patienten, lijdende aan ziekten van de vegetatief-somatische sfeer, waarvan bekend is dat zij mede psychogeen bepaald zijn.
7. Dienstplichtige militairen, die op grond van aanpassingsstoornissen niet bij hun onderdeel gehandhaafd kunnen worden.
8. Dienstplichtige militairen, die door hun onderdeelarts naar de districtspsychiater verwezen worden.
9. Patienten in een militaire neurologisch- psychiatrische kliniek.

De betekenis van de extraversie-score is nog niet bekend. Volgens WILDE heeft deze score vooral betrekking op de sociale extraversie.

Met behulp van tabellen (WILDE) is het mogelijk na te gaan in welk percentiel een bepaalde score ligt. De percentielen zijn vastgesteld ten opzichte van de Nederlandse bevolking. Zo betekent bijvoorbeeld dat iemands N-score in het 70ste percentiel ligt, dat zijn neuroticisme-score hoger is dan van 70 % van de Nederlanders.

Wij hebben voor de door ons onderzochte patienten nagegaan welke scores op de A.B.V. binnen en welke buiten het 50ste percentiel vielen.

Zo konden we de groepen patienten niet alleen onderling vergelijken, maar ook ten opzichte van de gemiddelde Nederlandse bevolking. Een groep namelijk die representatief zou zijn voor de Nederlandse bevolking, zal, dit volgt uit de wijze waarop hier het begrip percentiel werd omschreven, met gelijke aantallen score binnen en buiten het 50e percentiel.

De uitkomsten van onze berekening zijn te vinden in tabel no. Va en no. Vb van de volgende paragraaf (zie ook bijlage C1—10).

De vrouwelijke patienten en hun controles verschilden significant wat betreft de E-score, de mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen verschilden significant wat betreft hun NS-score ten opzichte van de gemiddelde Nederlandse bevolking.

10.6. *Significante verschillen met het onderzoek met de A.B.V. (zie ook bijlage C)*

Tabel Va
Significante verschillen tussen de vrouwelijke patienten bij het onderzoek met de A.B.V.

	Syndroom van Costen	Controle- groep	χ^2
Aantal patienten	41	41	
Extraversie-score ≤ 50	23	14	3.99
Extraversie-score > 50	18	27	
	Controle- groep	Gemiddelde bevolking	χ^2
Aantal patienten	41	41	
Extraversie-score ≤ 50	14	20,5	4.12
Extraversie-score > 50	27	20,5	

Tabel Vb

Significante verschillen tussen de mannelijke patiënten bij het onderzoek met de A.B.V.

	Syndroom van Costen	Gemiddelde bevolking	χ^2
Aantal patiënten	22	22	
Neurosomatische-score ≤ 50	6	11	4.55
Neurosomatische-score > 50	16	11	

Significante verschillen op 5 %-niveau, wat betreft de NS-score, werden dus gevonden tussen 22 mannelijke lijdende aan het Syndroom van Costen en een groep van 22 mannen, die representatief is voor de Nederlandse mannelijke bevolking. De NS-score was namelijk hoger dan bij de gemiddelde bevolking. Bij de controlegroep was de E-score significant hoger dan bij 41 vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen. De vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen verschilden, wat hun E-score betreft, echter niet van de gemiddelde bevolking. De vrouwelijke controlegroep had een significant hogere E-score dan de gemiddelde bevolking. De mannelijke en vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen verschilden overigens, wat de A.B.V. betreft, niet van hun controlegroepen. Mannelijke en vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen verschilden overigens ook niet onderling.

In deze paragraaf gaven we slechts de uitkomsten van onze berekeningen. Mogelijke conclusies zullen in het laatste hoofdstuk getrokken worden.

10.7 *Significante verschillen bij het onderzoek met de „eigen” vragenlijst*

Gegeven worden de significante verschillen tussen de mannelijke kaakgewrichtspatiënten en hun controlepatiënten, de vrouwelijke kaakgewrichtspatiënten en hun controlepatiënten en mannelijke en vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen onderling (zie ook bijlage D2, 3, 4).

Soms was het niet mogelijk op een bepaalde vraag een keuzeantwoord te verkrijgen. Bij de bewerking van de vragenlijsten bleek een enkele maal, dat een bepaald symptoom bij een bepaalde patiënt

niet geëvalueerd was. Daardoor komt het voor, dat totaal aantallen van een "item" weleens lager zijn dan het cijfer van het totaal aantal patiënten van de desbetreffende groep.

Tabel VIa

Significante verschillen tussen de vrouwelijke patiënten bij het onderzoek met de „eigen” vragenlijst (zie ook Bijlage D2)

	Syndroom van Costen	Controlegroep	χ^2
Aantal patiënten	41	41	
Klachten langer dan 1 jaar	34	8	33.00
Voor patient begrijpelijke oorzaak	11	36	31.16
Rugklachten	19	10	4.32
Nekklachten	9	1	5.58
Operatie	21	12	4.10
Ziekenhuisopname	29	20	4.10
Alg. waardering vader:			
goed	32	28	8.27
voldoende	4	12	df = 2 ¹⁾
onvoldoende	4	0	
Als regel opgewekt	23	34	6.96
Goed weg kunnen van huis	20	33	9.02
Handgeven:			
stevig	20	31	8.79
niet zo stevig	15	4	df = 2 ¹⁾
slap	5	6	
Echt-onecht:			
echt)	9	21	7.58
minder echt)			df = 2 ¹⁾
niet helemaal echt	8	7	
iets onecht)	23	13	
uitgesproken onecht)			
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	2	12	9.64
hoog	9	9	df = 2 ¹⁾
zeer hoog	30	19	
„Reeks” in de opeenvolgende klachten	26	3	28.22

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

Tabel VIb

Significante verschillen tussen de mannelijke patiënten bij het onderzoek met de „eigen” vragenlijst (zie ook Bijlage D3).

	Syndroom van Costen	Controlegroep	χ^2
Aantal patiënten	22	22	
Klachten langer dan 1 jaar	16	2	15.89
Voor patient begrijpelijke oorzaak	8	19	9.58
Geneesmiddelen:			
geen	5	13	6.92
gewoon	11	4	df = 2 ¹⁾
veel	6	5	
Overtollige mondbewegingen:			
geen	17	8	5.94
weinig	5]	13]	
veel	0]	1]	
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	7	15	5.99
hoog	3	2	df = 2 ¹⁾
zeer hoog	12	5	
„Reeks” in de opeenvolgende klachten	9	1	6.34
Van kind bewaren:			
tandje	9	3	7.50
schoentje	1	7	df = 2 ¹⁾
haarlok	12	12	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

Tabel VIc

Significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen (zie ook Bijlage D4).

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
	mannen	vrouwen	
Aantal patiënten	22	41	
Leeftijdsofbouw:			
11-20 jaar	3	13	7.71
21-30 jaar	6	18	df = 2 ¹⁾
31 jaar en ouder	13	10	
Gehuwd	17	18	5.24
Roken:			
geen	4	20	6.25
gewoon	16	17	df = 2 ¹⁾
veel	2	4	
Alcohol:			
geen	4	29	15.86
gewoon	16]	12]	
veel	2]	0]	

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
	mannen	vrouwen	
Aantal patienten	22	41	
Hoofdpijn in familie	7	26	5.67
Duimzuigen	1	13	4.67
Stotteren	6	0	fe < 5, echter volgens Fisher- toets p = 0.001
Geslachtsgemeenschap uitoefenen	18	21	4.50
Gauw overstuur	3	19	5.42
Gauw geprikkeld	7	24	4.03
Als iemand iets onaangenaams zegt:			
opkroppen	5	19	7.76
gewoon boos	11	20	df = 2 ¹⁾
driftig	6	2	
Goed weg van huis	20	20	9.12
Verlangen naar jeugdwoonplaats	0	13	6.48
Handgeven:			
stevig	5	20	7.64
niet zo stevig	8	15	df = 2 ¹⁾
slap	9	5	
Overtollige mondbewegingen:			
geen	17	8	24.38
weinig	5	15	df = 2 ¹⁾
veel	0	18	
Echt-onecht:			
echt)	20	9	26.75
minder echt)			df = 2 ¹⁾
niet helemaal echt	1	8	
iets onecht)	1	23	
uitgesproken onecht)			
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	7	2	8.78
hoog	3	9	df = 2 ¹⁾
zeer hoog	12	30	
Belangrijkste functie van de mond			
aangegeven door de patient:			
eten, drinken, snoepen	13	12	8.87
praten, lachen, zingen	2	18	df = 2 ¹⁾
ademhalen	7	11	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

Beziet men de vragenlijst (bijlage B), dan valt op hoeveel "items" niet-significant verschillen. Hieronder zijn een aantal symptomen en gegevens waarvan men dit, gezien het eerste oriënterend onderzoek, wél zou verwachten.

Er zijn nogal een groot aantal significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Men dient zich af te vragen of de gevonden verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen niet kunnen berusten op de verschillen tussen mannen en vrouwen in het algemeen. Om ons hierover te oriënteren, hebben wij de in tabel VIc gevonden significante verschillen vergeleken met overeenkomstige verschillen tussen mannen en vrouwen van de controlegroep (zie tabel VII).

Tabel VII

Overeenkomstige verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten van de controlegroepen.

	Controlegroep mannen	Controlegroep vrouwen	χ^2
Aantal patiënten	22	41	
Leeftijdsofbouw:			
11-20 jaar	4	13	2.60
21-30 jaar	6	14	df = 2 ¹⁾
31 jaar en ouder	12	14	
Gehuwd	13	22	0.01
Roken:			
geen	7	27	3.31
gewoon	14	11	df = 2 ¹⁾
veel	1	3	
Alcoholgebruik:			
geen	9	31	6.11*
veel	2]	10]	
gewoon	11]	0]	
Hoofdpijn in de familie	9	24	1.75
Duimzuigen	6	13	0.01
Stotteren	1	2	fe < 5 ²⁾
Geslachtsgemeenschap uitoefenen	16	25	0.44
Gauw overstuur	2	21	9.12*
Gauw geprikkeld	6	20	1.94
Als iemand iets onaangenaams zegt:			
opkroppen	8	20	0.93
gewoon boos	10	16	df = 2 ¹⁾
driftig	4	5	
Goed weg van huis	21	33	fe < 5 ²⁾
Verlangen naar jeugdwoonplaats	4	6	fe < 5 ²⁾
Handgeven:			
stevig	12	31	2.90
niet zo stevig	6	4	df = 2 ¹⁾
slap	4	6	

Overtollige mondbewegingen:			
geen	8	6	6.77 ^{a)}
weinig	13	24	df = 2 ¹⁾
veel	1	11	
Echt-onecht:			
echt)	18	21	5.69
minder echt)			df = 2 ¹⁾
niet helemaal echt	2	7	
iets onecht)	2	13	
uitgesproken onecht)			
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	15	12	8.55*
hoog	2	9	df = 2 ¹⁾
zeer hoog	5	19	
Belangrijkste functie van de mond naar het oordeel van de patient:			
eten, drinken, snoepen	15	17	4.97
praten, lachen, zingen	2	13	df = 2 ¹⁾
ademhalen	5	10	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

^{a)} $f_e < 5$, d.w.z. de χ^2 -test kan niet worden toegepast.

* χ^2 -waarde, die een significant verschil aangeeft op ten minste 5 %-niveau.

Er bestonden dus eveneens significante verschillen tussen de mannen en vrouwen van de controlegroep, wat betreft het alcoholgebruik, mondbewegingen die het fysiologisch gebruik te buiten gaan, het gauw overstuur zijn en het aspiratieniveau.

Bovendien werden nog de in tabel VII A vermelde significante verschillen gevonden tussen de mannen en de vrouwen van de controlegroep.

Tabel VIIA

Nog enkele significante verschillen tussen de mannen en de vrouwen van de controlegroep.

	Controlegroep mannen	Controlegroep vrouwen	χ^2
Aantal patienten	22	41	
Symptomen:			
niet uitgebreid	18	21	6.08
uitgebreid	2	8	df = 2 ¹⁾
zeer uitgebreid	2	12	
Van kindje bewaren:			
tandje	3	16	6.71
schoentje	7	4	df = 2 ¹⁾
haarlok	12	21	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

10.8 *Welke hypothesen konden door ons onderzoek voor mannen en vrouwen bevestigd worden?*

Met behulp van het door ons verrichte onderzoek konden slechts vier hypothesen worden bevestigd; d.w.z. dat zij gelijkelijk van kracht bleken voor de mannelijke en vrouwelijke patienten. Dit zijn:

- Hypothese 2: De klachten zijn meestal van lange duur.
Hypothese 3: De patienten kunnen zelf dikwijls geen oorzaak voor hun klachten aangeven.
Hypothese 9: De indruk bestaat, dat de klachten een duidelijke plaats hebben in de levensgeschiedenis; hiermee wordt bedoeld, dat ze voorafgegaan worden door andere klachten en weer vaak gevolgd worden door nieuwe, die alle passen in een wijze van reageren van het individu onder invloed van stress.
Hypothese 10: Lijders aan het Syndroom van Costen hebben vaak een hoog aspiratieniveau. Wet betreft de „verdachte hobbies” kon echter geen significant verschil worden aangetoond.

De overige hypothesen konden niet bevestigd worden, daar we verder geen significante verschillen vinden, die voor mannen en vrouwen beide gelijkelijk golden. Welke conclusies te verbinden zijn aan hetgeen gevonden werd, zal in een volgend hoofdstuk nader worden uitgewerkt.

10.9 *Vergelijking tussen het eerste oriënterend onderzoek en het controleonderzoek*

Indien men de uitkomsten van het aanvankelijk oriënterend onderzoek in tabel II en tabel III van § 7.3 vergelijkt met de uitkomsten van het controleonderzoek, dan blijkt dat bij het aanvankelijk oriënterend onderzoek een aantal significante verschillen gevonden werden, die wij bij ons controle-onderzoek niet terug vonden.

Dit waren wat betreft de vrouwelijke patienten:

Vaker geen sexuele voorlichting.

Vaker geslachtsgemeenschap voor het huwelijk.

Frequenter andere gewrichtsklachten dan van het kaakgewricht.

Meer hoofdpijn.
Meer geneesmiddelengebruik.
Meer buikklachten.
Meer gespannenheid.

Dit waren wat de mannelijke patienten betreft:

Meer stotteren op de kinderleeftijd.
Meer „kinderneurotische verschijnselen”.
Meer gespannenheid.

Beziet men alle verzamelde klinische gegevens van de patienten, die onderzocht werden bij het oriënterend onderzoek en beschouwt men ze in verband met het resultaat van het controle-onderzoek, dan moet men constateren, dat vooral de vrouwelijke patienten, die tijdens het oriënterend onderzoek onderzocht werden, veel meer gestoord waren in neurotische zin, dan de patienten, die object waren van het controle-onderzoek.

De verklaring voor dit verschil moet men zoeken in het feit dat de patienten van het genoemde oriënterend onderzoek een geselecteerde groep van „welwillende” patienten vormden, terwijl de bij het controle-onderzoek betrokken groep vrouwelijke patienten zo aselekt mogelijk was samengesteld. Bij de 22 mannelijke patienten van het controle-onderzoek werd niet bewust geselecteerd. Deze groep werd verkregen door alle mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen, die bekend waren over het tijdsverloop 1963, 1964, 1965 op te roepen.

In een volgend hoofdstuk zullen we bespreken welke conclusies men kan overwegen op grond van ons onderzoek.

RECENT MONDHEELKUNDIG ONDERZOEK BIJ
PATIENTEN MET KAAKGEWRICHTSKLACHTEN.
ENKELE BESCHOUWENDE OPMERKINGEN EN
CONCLUSIES OVER DE RESULTATEN VAN ONS
EIGEN ONDERZOEK

11.1 *Arthrosis deformans bij klachten van het kaakgewricht*

Min of meer parallel aan onze eigen studie vond het reeds vaker vermelde onderzoek op de mondheelkundige kliniek door BOERING (1966) plaats. Hieronder worden zijn voornaamste conclusies samengevat.

Een van de belangrijkste bevindingen was, dat in tegenstelling tot hetgeen in de Angelsaksische en Scandinavische literatuur vermeld wordt, bij kaakgewrichtsklachten arthrosis deformans frequent voorkomt.

BOERING vond bij 44,5 % van zijn patienten (totaal 400) bij eerste onderzoek duidelijke arthrotische afwijkingen. Dit percentage steeg bij langerdurende controle tot 64,5 % en zou vermoedelijk nog tot hogere waarden gestegen zijn, indien de controle nog langer zou zijn voortgezet. Dat vele onderzoekers bij deze patienten lagere percentages arthrotische veranderingen vinden, ligt naar de mening van BOERING aan het door andere onderzoekers toegepaste schuinlaterale röntgenonderzoek, waarbij het moeilijk is om morfologische en structurele afwijkingen te onderkennen, doordat het kaakopje op het collum mandibulae wordt geprojecteerd. In de tweede plaats controleren de meeste onderzoekers hun kaakgewrichtspatienten te kort.

De korte controle wordt in de hand gewerkt, doordat kaakgewrichtsklachten de neiging hebben na verloop van enige jaren in intensiteit af te nemen. Het is dan mogelijk, dat de patient minder klachten heeft en niet meer spontaan ter controle komt. Echter juist

in het terminale stadium van de arthrosis, aldus BOERING, kunnen de arthrotische veranderingen zeer uitgesproken zijn.

Wat betreft het voorkomen van arthrosis deformans van het kaakgewricht in het algemeen bij de bevolking, komt BOERING op grond van de literatuur met SHORE (1963) tot de conclusie, dat een of meer symptomen, welke op arthrosis van het kaakgewricht kunnen duiden, blijkbaar voorkomen bij 20 % van de bevolking. Gelukkig blijven deze symptomen in de meeste gevallen subklinisch.

Het percentage personen met een knappend kaakgewricht is bij vrouwen hoger dan bij mannen. Op 21-jarige leeftijd zou dit bij vrouwen ongeveer 15 % en bij mannen ongeveer 8 % bedragen (RANTANEN, 1954).

Het totale percentage arthrosis van het kaakgewricht neemt in de hogere leeftijdsklassen (boven 40 jaar) toe tot 30 à 40 % van de bevolking; zoals door pathologisch-anatomisch onderzoek werd vastgesteld. (BLACKWOOD, 1963).

Er is geen verklaring voor het feit, dat de arthrosis deformans van het kaakgewricht meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomt. Ook klinisch manifeste arthrosis van heup en knie komt iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (DE BLÉCOURT, 1957); dit verschil is echter veel minder duidelijk dan bij de patienten met kaakgewrichtsklachten. In een persoonlijke mededeling sprak BOERING in overeenstemming met vele andere deskundigen in dit verband van een, waarschijnlijk constitutionele bepaaldheid van deze grotere neiging tot arthrosis bij de vrouw. Zoals we reeds zagen, komt arthrosis deformans van het kaakgewricht wat frequenter voor bij vrouwen dan bij mannen. Komt het echter tot klinische behandeling, dan bedraagt het aantal vrouwelijke kaakgewrichtspatienten 75 tot 80 %. Dit percentage is in verschillende westelijke landen gelijk. Voor dit hoge percentage vrouwelijke kaakgewrichtspatienten kon BOERING vanuit zijn onderzoek geen verklaring vinden.

BOERING bestudeerde bij zijn onderzoek een groot aantal etiologische factoren. Aan de arthrosis deformans kent hij echter een centrale plaats toe bij het veroorzaken van klachten van het kaakgewricht. Hij voelt weinig voor de aanduiding Syndroom van Costen, hoogstens kan de benaming "Temporomandibular Joint Pain-Dysfunction Syndrome" nog genade in zijn ogen vinden, waarbij hij

echter nadrukkelijk de conceptie van SCHWARTZ (1959, zie ook: 2.7), die een belangrijke plaats inruimt aan de „myofasciale” genese van kaakgewrichtsklachten, afwijst.

Wel vond BOERING bij ongeveer de helft van zijn patienten symptomen, die zouden kunnen duiden op een stoornis in de musculatuur. Ofschoon symptomen van kauwspieren bij kaakgewrichtsklachten heel goed aanwezig kunnen zijn, meent hij dat deze niet primair zijn. Hetgeen dus niet wil zeggen, dat tengevolge van spasmen in de kauwspieren aanwezige klachten van het kaakgewricht niet zouden kunnen verergeren.

11.2 *Kaakgewrichtsklachten en bruxisme*

Onder andere door SCHWARTZ (1959, zie ook hfdst. 2) werd aan het bruxisme mede etiologische waarde toegekend bij het ontstaan van klachten over het kaakgewricht.

THOMSON (1964) vond bruxisme even frequent bij personen, die geen klachten over het kaakgewricht hadden als bij kaakgewrichtslijders. Bij beide groepen bedroeg het percentage ongeveer 40 %.

Aan klemmen wordt gewoonlijk de grootste betekenis toegekend voor het ontstaan van kaakgewrichtsklachten. Van zodanig oorzaikelijk verband bleek uit het materiaal van BOERING (1966) weinig. Mogelijk bestaat een zodanig verband met knarsen of, indien veelvuldig en krachtig op vreemde voorwerpen wordt gebeten.

11.3 *Kaakgewrichtsklachten en andere somatische klachten*

Het viel BOERING (1966), evenals andere onderzoekers, op dat zo vaak naast klachten over het kaakgewricht andere somatische klachten worden gevonden. We zullen hierop bij de bespreking van de resultaten van ons eigen onderzoek nog terugkomen.

Bij 318 van de 400 patienten werden door BOERING klachten over andere gewrichten en spieren gevonden, bijvoorbeeld rugklachten bij 155 patienten. Bij 191 patienten kwamen combinaties voor van rug-en/of nek- en/of schouderklachten. Honderd en acht patienten gaven anamnestic klachten over het kniegewricht aan.

Meer dan de helft, namelijk 205 van de 400 patienten, klaagde over hoofdpijn. Vooral bij pijn in de parietaal- en temporaalstreek bleek een duidelijke overeenkomst te bestaan tussen de links- of

rechtszijdige localisatie van de gewrichtsklachten en de hoofdpijn.

Van de andere somatische klachten stonden maagklachten op de voorgrond. Tweeënzestig hadden maagklachten of hadden ze gehad. Door 46 patiënten werd over de darm geklaagd of werden vage buikkklachten aangegeven. Galblaasklachten werden gevonden bij 30 patiënten. Vijfentwintig vrouwen hadden niet nader gespecificeerde gynaecologische klachten. Bij 46 van de 400 patiënten was de appendix verwijderd. Vierenveertig maal werd astma of chronische bronchitis gevonden.

11.4 *Psychiatrische overwegingen van de mondchirurg bij het onderzoek van patiënten met kaakgewrichtsklachten*

BOERING (1966) had aanvankelijk de indruk dat een bepaald persoonlijkheidstype prevaleerde.

„Het is de 25-30 jarige, leptosoom gebouwde, ongehuwde vrouw. Zij heeft een ontevreden lijdensuitdrukking op het gezicht en klaagt over pijn bij de minste of geringste aanraking van het kaakgewricht en de streek hier om heen. Ze is bijzonder vasthoudend in het uiten van klachten. Ze klaagt over hoofdpijn, buikpijn en rugpijn. Ze is zeer nerveus. Vaak is ze door vele specialisten onderzocht.”

In de loop der jaren, mede onder invloed van ons eigen onderzoek, kwamen BOERING en ik tot de conclusie dat het beschreven type wel bestaat, maar dat zij slechts een kleine groep vormen van alle kaakgewrichtspatiënten. Doordat deze patiënten nogal therapieresistent zijn, komt de mondspecialist zeer frequent met hen in contact, zodat hij er gemakkelijk toe kan komen te menen, dat ze representatief zijn voor alle kaakgewrichtspatiënten. Indien alleen uit deze kerngroep wordt verwezen naar de zenuwarts, zal deze in dit opzicht nog meer bevooroordeeld kunnen raken dan de mondchirurg.

Wat betreft het ongehuwd zijn van de vrouwelijke kaakgewrichtspatiënten moet men hier in aanmerking nemen, dat het syndroom bij vrouwen op zeer jeugdige leeftijd kan ontstaan.

Desondanks constateerde collega BOERING dat de kans dat een vrouwelijke kaakgewrichtspatiënt tussen de 20 en de 34 jaar bij eerste onderzoek ongehuwd is, significant groter is, dan bij de gemiddelde Nederlandse vrouw van dezelfde leeftijd. Ze huwen later,

maar de kans om ongehuwd te blijven verschilt niet noemenswaard van de kans van de gemiddelde Nederlandse vrouw.

Hoewel BOERING bij zijn onderzoek er niet toe kwam om een specifieke persoonlijkheidsstructuur bij lijders aan kaakgewrichtsklachten te veronderstellen, vond hij wel aanwijzingen dat psychische stress kaakgewrichtsklachten kan doen toenemen, waarbij hij als verklaring mogelijk acht: hetzij dat deze klachten dan minder goed verdragen worden, hetzij dat de klachten inderdaad toenemen of dat er een combinatie van de beide genoemde aspecten in het spel is.

Deze toename van klachten zou dan heel wel kunnen verlopen via verhoogde of veranderde spieractiviteit, welke bij een gezond gewricht geen aanleiding tot klachten geeft, maar bij een ziek gewricht wel ongunstig werkt, aldus BOERING.

11.5 *Bespreking van de onderzoekresultaten met de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst)*

Zoals wij in het vorige hoofdstuk zagen, verschillen 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen van 41 andere vrouwelijke polikliniekpatienten, wat betreft hun extraversie-score. De E(xtraversie)-score van de vrouwelijke controlegroep is significant hoger dan die van de vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen. De E-score van de vrouwelijke controlegroep is eveneens significant hoger dan die van de gemiddelde bevolking, terwijl de E-score van de vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen niet significant verschilt van de gemiddelde bevolking.

De gevonden significant verhoogde E-score is dus slechts relevant voor de controlegroep.

Hoewel niet voor ons eigen onderzoek van belang, kan men zich toch afvragen hoe het komt, dat bij de gemiddelde bezoeker van de mondheeskundige polikliniek de E-score hoger uitvalt. Een verklaring hiervoor is niet eenvoudig te geven. Wij vermeldden reeds (zie ook: 10.5) dat de betekenis van de E-score eigenlijk nog niet bekend is. De E-score zou vooral betrekking hebben op de sociale extraversie. Men zou zich kunnen voorstellen, dat de gemiddelde mens, die klachten heeft en een polikliniek bezoekt met de verwachting hulp voor zijn klachten te krijgen en die de test-situatie dan beleeft als een onderdeel van de verwachte hulp, op

positieve- en open wijze de testvragen zal beantwoorden. Men kan zich voorstellen dat bij een dergelijke patient een gemiddeld hogere E-score zal worden gevonden. Onverklaard blijft dan echter dat we bij de mannelijke controlegroep geen verhoogde E-score vonden.

De 22 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen verschillen in geen enkel opzicht significant van hun controlegroep wat betreft de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst).

Wel is de N(euro) S(omatisch)-score van de 22 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen significant hoger dan die van de gemiddelde Nederlandse bevolking. In paragraaf 10.5 bespraken we reeds, dat de NS-score mede beïnvloed wordt door somatische klachten van niet-neurotische oorsprong. Nu komen allerlei somatische klachten bij kaakgewrichtspatienten veelvuldig voor.

In dezelfde paragraaf werd besproken dat de NS-score een relatief grove toets is, evenals het feit, dat aan een verhoogde NS-score zonder verhoogde N-score geen betekenis gehecht mag worden omdat beide positief correleren (WILDE, 1963). Ons inziens moet dan ook aan een geïsoleerde verhoogde NS-score bij patienten met somatische klachten, die bovendien alleen significant verhoogd is ten opzichte van de gemiddelde bevolking en niet ten opzichte van de controlegroep, geen betekenis worden gehecht als maat voor de neurotische labiliteit.

Resumerend kunnen we zeggen, dat een groep van 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen en een groep van 22 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen, wat betreft hun neuroticisme-score en hun neurosomatische-score, niet significant verschillen van hun controlegroep. Terwijl de mannen slechts, wat betreft de NS-score significant verschillen ten opzichte van de gemiddelde bevolking. Hieruit valt te concluderen dat de gemiddelde lijder aan het Syndroom van Costen in psychiatrisch opzicht niet meer gestoord is dan de gemiddelde andere patient, die de Mondheekundige Universiteitskliniek te Groningen bezoekt.

11.6 *Vier soorten significante verschillen bij het onderzoek met de „eigen” vragenlijst, speciaal ontworpen voor lijders aan kaakgewrichtsklachten*

Wij kunnen vier soorten van significante verschillen bij het onderzoek met de door ons ontworpen vragenlijst onderscheiden.

1. Significante verschillen, die gelden voor mannelijke en voor vrouwelijke patienten vergeleken met hun respectieve controle-groepen.
2. Significante verschillen, die alleen gelden voor vrouwelijke pa-tienten vergeleken met de vrouwelijke controlepatienten.
3. Significante verschillen, die alleen gelden voor mannelijke pa-tienten vergeleken met de mannelijke controlepatienten.
4. Significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patien-ten onderling.

11.7 *Significante verschillen die gelden voor mannelijke en voor vrouwelijke patienten vergeleken met hun respectieve con-trolegroepen*

Gevonden werd:

1. De duur van de klachten is langer dan 1 jaar.
2. Als regel hebben de klachten geen voor de patient zelf begrij-pelijke oorzaak.
3. Het aspiratieniveau is hoog.
4. De patienten beleven de kaakgewrichtsklachten als te behoren tot wat wij vroeger genoemd hebben een „reeks”. Dat wil zeggen: de kaakgewrichtsklachten hebben een plaats in de levensgeschie-den; ze worden vaak voorafgegaan door andere klachten en vaak weer gevolgd door nieuwe, die alle lijken te passen in een vorm van reageren van het individu op stress.

De punten 1, 2 en 4 sluiten aan bij hetgeen BOERING (1966) vond. Namelijk dat de klachten vooral veroorzaakt worden door een meer of minder ernstige arthrosis deformans van het kaakgewricht. Aan-vankelijk wordt de oorzaak van de klachten vaak niet begrepen en consulteert de patient vele specialisten. De patienten klagen ook nog wel eens over andere gewrichten en spieren.¹⁾

Het hoge aspiratieniveau komt nog ter sprake.

11.8 *Significante verschillen, die alleen gelden voor vrouwelijke patienten vergeleken met de vrouwelijke controlepatienten*

Gevonden werd:

¹⁾ Het onderzoek wijst dus wel op het voorkomen van „klachten-reeksen” onder stress, maar laat geen conclusies toe over het aandeel van de psychodynamiek zoals dit in 8.6 mogelijk enigszins gesuggereerd wordt.

1. De vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen hebben meer rugklachten.
2. Ze hebben meer nekkklachten.
3. Ze maken meer operaties door en worden vaker in ziekenhuizen opgenomen.
4. Onder vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen zijn er meer met een hoge waardering voor de vaderfiguur en meer met een lage waardering voor de vaderfiguur dan bij de controle-groep. De gemiddelde waardering voor de vaderfiguur komt minder vaak voor.
5. Zij geven als regel aan, minder opgewekt te zijn dan de leden van de controlegroep.
6. Ze kunnen minder goed van huis zijn.
7. Ze geven een minder stevige hand.
8. Ze zijn onechter in hun gedrag.

Rugklachten, nekkklachten en het geven van een minder stevige hand kunnen wellicht onder één noemer worden gebracht. Een en ander zou misschien te verklaren zijn uit een minder krachtig gebruik van het spierstelsel, bij een bestaand hoog streefniveau.

Een minder krachtig gebruik van het spierstelsel is de vrouw eigen (BUYTENDIJK, 1952; zie ook: 11.12). Bij vrouwen die lijden aan het Syndroom van Costen is dit meer uitgesproken. Wij brachten de optredende klachten in verband met het bestaande hoge streefniveau, want er bestaat een relatie tussen spierspanning en streefniveau, in die zin, dat het zich zelf stellen van moeilijke opgaven, vooral als ze een irreëel karakter dragen, aanleiding geeft tot verhoogde spierspanning (LESHNER 1961). Men kan zich hierbij voorstellen, dat op de toch al in aanleg minder krachtige spieren van de vrouw, een extra beroep wordt gedaan door een voortdurend krachtiger aanspannen op een boven het optimum gelegen niveau, hetgeen een vruchtbare bodem kan vormen voor het ontstaan van klachten.

Ze ondergaan meer operaties en worden vaker in ziekenhuizen opgenomen. BOERING (1966) vond, dat het bij 46 van zijn 400 patiënten ging om appendectomieën, waarschijnlijk op grond van al of niet ernstige buikkklachten. Buikkklachten treden bij de vrouw in het algemeen frequenter op dan bij de man. Een belangrijke bron voor deze klachten zijn de vrouwelijke generatieve organen. (BUYTENDIJK, 1952, zie ook: 11.12).

Hoewel dus de buikklachten door onze vrouwelijke patienten niet frequenter werden opgegeven dan door de controlegroep, is blijkbaar het aantal buikklachten dat ter operatie komt hoger.

Indien we zouden trachten vast te stellen, welke factoren hier verder een rol spelen, zoals bijvoorbeeld de toch reeds bestaande voorwaarden om te reageren met spierspanningen, dan zouden wij ons wel heel erg in de speculatieve sfeer begeven. Zo zou men ook, gezien de enigszins afwijkende relatie tot de vaderfiguur kunnen concluderen tot moeilijkheden in de relatie tot de man en in alles wat samenhangt met sexualiteit en lichamelijkeheid, waarbij het gemakkelijk reageren met klachten op gebeurtenissen in de vrouwelijke generatieve organen voor de hand ligt. Dit blijven echter zoals gezegd speculaties.

De iets afwijkende relatie tot de vaderfiguur werd in de vorige alinea reeds aangestipt. Wellicht ligt hier ook de verklaring voor de zich wat trager voltrekkende partnerkeuze, waar BOERING aanwijzingen voor vond op grond van het feit, dat vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen significant later plegen te trouwen dan de gemiddelde Nederlandse vrouw.

Onze vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen zijn onechter. De vraag is, of we hier niet te doen hebben met een situatie van onechtheid (KUIPER, 1963). Namelijk van de vrouw, die zich niet begrepen voelt en zelf haar „kaakklachten”, die langdurig en hinderlijk zijn, ook niet begrijpt en nu reageert op overdreven klagerige wijze met een onecht gedragspatroon. Het viel BOERING op, dat wanneer hij deze vrouwen later terug zag en ze minder klachten hadden, zij ook een minder onechte indruk maakten.

De mogelijkheid tot onecht reageren is ook een eigenschap, die enigszins inherent is aan de vrouwelijke zijswijze. BUYTENDIJK (1952) zegt hiervan, dat, doordat de vrouw meer gehinderd wordt door haar lichamelijkeheid, lichamelijke klachten eerder emotionele gevoelens te voorschijn zullen roepen. Emotioneel reageren is de vrouw meer eigen. Deze emoties die dus meer op de eigen lichamelijkeheid betrokken zijn dan op uitwendige omstandigheden, kunnen gemakkelijk het karakter van onechtheid krijgen.

De vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen gaven aan,

als regel minder opgewekt te zijn en minder goed weg te kunnen van huis. Er is hier wel iets, dat gaat in de richting van een neiging tot licht depressief reageren samen met een enigszins heimweeachtige reactie. Van het moeilijker van huis af kunnen zou men kunnen zeggen, zich op BUYTENDIJK baserend, dat het weer een eigenschap is die de vrouw in het algemeen eigen is. Zij komt in sterkere mate voor dan bij de controlegroep. Men kan zich natuurlijk afvragen of het juist is dat wij de gegevens, die wij vonden steeds betrekken op eigenschappen, die de vrouw „van nature” in onze cultuur eigen zijn. (Hoe deze eigenschappen ontstaan zijn, of de aanleg, constitutionele factoren of de vormende culturele invloeden vooral van belang zijn, laten we in het midden). Mijns inziens is dit terecht, want uit ons onderzoek met de A.B.V. is vast komen te staan, dat deze vrouwen wat betreft neuroticisme niet van de norm afwijken, dat wil zeggen, dat men er goed aan doet, zijn bevindingen zoveel als mogelijk op de normaliteit te betrekken.

In de tweede plaats zijn de lijdens aan het Syndroom van Costen overwegend vrouwen, zodat onze gedachtengang reeds geleid wordt in de richting van „eigenschappen en trekken, die typisch zijn voor de vrouwelijke zijswijze”. Wij zullen hier in volgende paragrafen nog nader op terug komen.

11.9 *Significante verschillen, die alleen gelden voor mannelijke patienten vergeleken met de mannelijke controlepatienten*

De gevonden significante verschillen waren:

1. De mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen gebruiken meer geneesmiddelen.
2. Zij zijn eerder geneigd van een kind een tandje dan een schoentje te bewaren.
3. Zij tonen minder excessieve mondbewegingen.

Op grond van de beide eerste genoemde punten zijn wij geneigd bij onze mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen te spreken van, zij het zeer lichte, orale fixaties. Ook de in neurotisch opzicht niet-van-de-norm-afwijkende kent eigenaardige trekken afkomstig uit bepaalde ontwikkelingsfasen, zonder dat hier sprake behoeft te zijn, althans in klinisch psychiatrisch opzicht, van pathologische eigenschappen.

Wat het derde punt betreft, zou men kunnen stellen dat onze mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen uitdrukkingsbewegingen, voorzover het de mondmusculatuur betreft, mogelijk onderdrukken.

We kunnen ook hier weer met BUYTENDIJK (1952) zeggen, dat de man in het algemeen een meer starre, minder vloeiende en minder exuberante psychomotoriek heeft dan de vrouw. Wij zien ook hier misschien een vrij typische min of meer aan het geslacht gebonden eigenschap, die in versterkte mate optreedt (zie ook: 11.14).

11.10 *Significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten onderling, die tussen de mannen en vrouwen van de controlegroepen niet in dezelfde mate optraden*

Gevonden werd:

1. De vrouwen zijn jonger dan de mannen.
2. Onder de mannen zijn meer gehuwden dan onder de vrouwen.
3. De mannen geven vaker dan de vrouwen aan geregeld geslachtsgemeenschap te hebben.
4. Meer mannen dan vrouwen geven aan te roken.
5. De mannen gebruiken meer alcohol dan de vrouwen.
6. Meer vrouwen dan mannen geven het voorkomen van hoofdpijn in de familie aan.
7. De vrouwen geven vaker op als kind op de duim gezogen te hebben.
8. De mannen hebben als kind vaker gestotterd dan de vrouwen.
9. De vrouwen zijn gauwer geprikkeld dan de mannen.
10. De vrouwen kroppen meer op en worden minder gauw driftig dan de mannen.
11. De mannen kunnen beter weg van huis dan de vrouwen.
12. De vrouwen verlangen meer naar hun jeugdwoonplaats dan de mannen.
13. De mannen geven een nog slappere hand dan de vrouwen.
14. De vrouwen tonen meer mondbewegingen dan de mannen.
15. De vrouwen zijn in hun gedrag onechter dan de mannen.
16. De vrouwen scoren vaker een hoger aspiratieniveau dan de mannen.

17. De vrouwen geven, wat de mondfunctie betreft, meer de voorkeur aan praten, lachen en zingen; de mannen geven meer de voorkeur aan eten, drinken en snoepen.

Van vele genoemde punten kan men zeggen, dat ze of aansluiten op het reeds tevoren gevondene, wat betreft de significante verschillen voor mannelijke en vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen en hun respectieve mannelijke en vrouwelijke controle-groepen, of dat zij verband houden met de verschillen, die er bestaan tussen mannen en vrouwen in het algemeen, die echter blijkbaar bij lijders aan het Syndroom van Costen in versterkte mate optreden. Waar deze verschillen zo opvallend naar voren komen, zullen wij een aantal volgende paragrafen wijden aan de verschillen tussen mannen en vrouwen in het algemeen.

Alvorens dit echter te doen, zullen we eerst onze aandacht geven aan een aantal verschillen, waarvan bespreking mogelijk is zonder ons rechtstreeks te begeven in een beschouwing over het verschil in zijnswijze van man en vrouw.

Dat de vrouwen jonger zijn dan de mannen en vaker ongehuwd zijn en minder vaak geslachtsgemeenschap hebben, houdt verband met het feit dat het Syndroom van Costen bij de vrouw op jeugdiger leeftijd optreedt dan bij de man, terwijl deze vrouwen later huwen dan de gemiddelde Nederlandse vrouw. Als regel geven mannen een steviger hand dan vrouwen. (BUYTENDIJK, 1952, zie ook: 11.14). Dat de mannen een slappere hand geven dan de vrouwen, heeft dus wel bijzondere betekenis.

Hetgeen wij gevonden hebben ten aanzien van dit verschil in handdruk tussen mannelijke en vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen zou nog sprekender zijn geweest, indien onze mannelijke patienten in dit opzicht ook significant verschilden van de mannelijke controlepatienten. Dit was echter niet het geval. De χ^2 -waarde bedroeg 5.09 bij twee vrijheidsgraden, terwijl voor een significant verschil op 5 % niveau deze waarde bij twee vrijheidsgraden tenminste 5.99 moet bedragen.

Naar onze mening kan aan de bijzondere bevinding, dat hier een bepaald gegeven het patroon - dat in het algemeen geldt voor de verschillen tussen mannen en vrouwen - niet volgt, groter waarde

worden toegekend dan aan een niet-significant verschil bij de berekening van de verschillen tussen de mannen en hun controles.

Van de 22 mannen hebben zes als kind gestotterd, van de 41 vrouwen geen één. Men kan bij dergelijke kleine aantallen de χ^2 -test niet toepassen. Past men de toets van Fisher (SIEGEL, 1956), toe, dan is $p = 0,001$, wat betekent dat het verschil zeer significant is.

Van de mannelijke controlegroep stotterde er één. Tussen de mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen en hun controles is geen significant verschil. Toch is 6 op 22 mannen, die als kind gestotterd hebben veel. VON HARNACK (1958) geeft voor de stad Hamburg aan, dat op 10-jarige leeftijd 2,2 % van de jongens en 0,3 % van de meisjes stottert. Indien men een statisticus vraagt bij een percentage van 2,2 % stotteraars te berekenen hoe groot de kans is, dat op een populatie van tweeëntwintig, 6 stotteraars worden gevonden, dan vindt men een waarde p kleiner dan 0,001, wat betekent, dat er een zeer significant verschil bestaat. We moeten dus aan een relatief zo groot aantal stotteraars op de kinderleeftijd onder onze mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen zeker betekenis hechten.

Ook het duimzuigen geeft significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen. We dienen dit echter terug te voeren op het verschil, dat er tussen mannen en vrouwen in het algemeen op dit gebied bestaat. (Zie ook volgende paragraaf). VON HARNACK (1958) geeft wederom voor Hamburg op 11-jarige leeftijd voor jongens 7,9 %, voor meisjes 10,4 %. Wij vonden 13 maal duimzuigen als kind bij onze vrouwelijke patiënten; onze controlegroep telde echter ook 13 maal duimzuigen.

Dat mannen meer roken en meer alcohol gebruiken dan vrouwen spreekt in onze cultuur vanzelf; dat het verschil significant uitvalt in tegenstelling tot het verschil tussen de mannen en vrouwen van de controlegroep stemt overeen met het grotere geneesmiddelverbruik bij de mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen, dat wij hebben geduid als teken van een lichte orale fixatie.

Wat de overige significante verschillen betreft, zullen we thans eerst bespreken wat de typische verschillen in zijnswijze zijn tussen mannen en vrouwen onderling.

11.11 *Enige verschillen tussen mannen en vrouwen, wat betreft hun natuur, hun verschijning en hun zienswijze*

In de volgende paragrafen zullen we de desbetreffende zienswijze van BUYTENDIJK (1952) bespreken. Het gaat hier om een bepaalde visie, die vooral in verband met ons onderzoek vele aantrekkelijke kanten heeft. Van hetgeen echter door BUYTENDIJK over het betreffende onderwerp gesteld is, zal nog veel door objectief onderzoek getoetst moeten worden. De zienswijze van BUYTENDIJK draagt dus wat ons betreft het karakter van een voorlopig "frame of reference". Slechts datgene zal behandeld worden wat van belang is voor het onderzoek.

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn alleen in anatomisch opzicht absoluut. Van de overige verschillen kan men zeggen, dat een bepaald kenmerk overwegend bij de man, dan wel overwegend bij de vrouw voorkomt. Dit houde men steeds in het oog bij het lezen van de volgende paragrafen. Wat de laatst genoemde verschillen tussen mannen en vrouwen betreft, deze worden volgens BUYTENDIJK ten dele cultureel bepaald, hoewel een aantal van deze wezenskenmerken, toch mede hun vorm krijgen vanuit het biologisch mogelijke.

11.12 *Verschillen in de beleving van het lichamelijke bij mannen en vrouwen*

Als eerste belangrijke verschil dienen we datgene te noemen, dat met de voortplanting samenhangt. De vrouw is, wat dit betreft, veel minder vrij dan de man. SIMONE DE BEAUVOIR (geciteerd naar Buytendijk, 1952) zegt, dat de buik een vijandig element is in het lichaam van de vrouw. Meestal is de vrouw gelaten onder haar lichamelijkeheid, een gelatenheid echter, die niet vrij is van een zekere ergernis. De last van de lichamelijkeheid heeft tot gevolg, dat de vrouw meestal in dit opzicht vervreemd is van zichzelf. De man is het lichamenlijk geslachtelijke meestal niet vreemd of ergerlijk.

SCHELER (geciteerd naar Buytendijk, 1952) heeft eens gezegd: „Die Frau erlebt konstitutiv ihren eigenen Leib. . . fühlt und weisst sich selbst in ihr“, en SCHELER zegt hierbij van de man, dat hij zijn lichaam meevoert „als einen Hund an der Leine“. Naar de interpretatie van BUYTENDIJK (1952) staat de eigenaardige distantie die

de man ten opzichte van zijn lichaam heeft, dus in scherpe tegenstelling tot de positie van de vrouw, die zich steeds lichamelijk tegenwoordig weet en lichamelijk tegenwoordig stelt.

Hoezeer het geslachtelijk-lichamelijke zich steeds voor de vrouw present stelt, kan men afleiden uit de schattingen van gynaecologen, dat waarschijnlijk wel 85 % van alle vrouwen lijdt onder min of meer hinderlijke menstruatiestoornissen. Ook dit gegeven ontleenden wij aan BUYTENDIJK (1952). Over het voorkomen van menstruele klachten lopen de opgaven in de literatuur nogal uiteen. De gegeven frequentie beweegt zich tussen de 30 en 95 % (KESSEL en COPPEN, 1963).

De vrouw wordt door haar „lastig” lichaam meer gehinderd dan de man en ook in ander opzicht staat zij bij hem achter. Zij heeft namelijk een zwakker spierstelsel. Dit is hormonaal bepaald. Een overmaat mannelijke hormonen bevordert meer de spierontwikkeling, een overmaat vrouwelijke hormonen bevordert meer de afzetting van vetweefsel. Het zwakker zijn van het meisje is echter niet slechts een kwestie van spierontwikkeling, maar berust mede op de wijze van spiergebruik, dus op de bewegingswijze de vrouw eigen.

Is de vrouw in lichamelijk opzicht toch sterker dan de man? Ze is „sterker” wat betreft de biologisch bepaalde levensduur en haar vatbaarheid voor ziekte, maar zij is „zwakker” dan de man in haar onderworpenheid aan geslachtelijke processen, haar spierkracht en haar labiliteit (vegetatief en affectief).

De vrouwen zijn, wat ziekte betreft „taaier”, maar zij „sukkelen” meer. Hoewel dit niet statistisch is vastgelegd (BUYTENDIJK) zijn kleine kwaaltjes veel frequenter bij de vrouw dan bij de man ondanks de langere levensduur van de vrouw. De „buik” van de vrouw werd reeds genoemd in het begin van deze paragraaf.

DRUKKER (1966) schrijft dat buikpijn bij ongeselecteerde schoolkinderen bij de meisjes (12,3 %) meer voorkomt dan bij de jongens (9,5 %). Vier van de vijf kinderen met buikpijn hebben geen organische ziekte. De huisarts stelt dan vaak de diagnose „buikpijn e causa ignota” of „appendicitis” (DRUKKER).

BUYTENDIJK zegt van vele van deze zogenaamde kwaaltjes, dat zij berusten op een reactie van het menselijke in de mens, zoals het zichzelf in de wereld aantreft, op de moeilijkheden en conflicten

van het bestaan en hij vraagt zich dan ook af, of het frequenter ziek zijn van de vrouw wel uitsluitend biologisch-somatisch moet worden verklaard en of hier niet mede een cultuurverschijnsel aan ten grondslag ligt, dat door bepaalde omstandigheden zou kunnen veranderen.

11.13 *Verschillen in de persoonlijkheid tussen mannen en vrouwen*

Voor ons onderzoek is hier van belang de grotere gevoeligheid van vrouwen voor emotionele prikkels en het verschil in het hanteren van de agressie.

Reeds HEYMANS (1924) - en latere auteurs bevestigen dit (o.a. LERSCH, 1954) - verklaarde dat er op geen punt zo'n vergaande overeenstemming is als over het feit, dat vrouwen op veel zwakkere prikkels dan mannen emotioneel reageren en dat ze bij dezelfde prikkel veel emotioneler reageren dan mannen.

Reeds bij het meisje is het streven naar overheersing van de ander samenhangend met de neiging tot agressie en verzet, veel minder sterk dan bij de jongen.

De volwassen man is dikwijls agressiever dan de vrouw. Het meisje is gewilliger, dociel, zachter, meegaander, volgzaam en gehoorzamer. BUYTENDIJK (1952), ziet deze verschillen als ten dele cultureel bepaald. Om het met de woorden van HELENE DEUTSCH (1948) te zeggen: „Die Umwelt bietet an dem weiblichen Ich eine Premie, eine Art Bestechung, wenn es auf die Aggression verzichtet.”

11.14 *Verschil in zijnswijze tussen mannen en vrouwen. De stem als tegenwoordig gestelde lichamelijkeheid. Het bewegen. De wereld van mannen en vrouwen. De handdruk.*

De vrouw verschilt van de man in vele opzichten.

Dit betreft onder andere de gestalte, het gelaat, de symmetrie in lichaamshouding en motorisch gedrag en de stem.

Dat we in dit verband het gebruik van de stem kort bespreken, sluit aan bij het feit, dat bij ons onderzoek een significant verschil tussen vrouwen en mannen werd gevonden wat betreft lachen, praten en zingen.

Ook de stem is tegenwoordig gestelde lichamelijkeheid. Bij alle volkeren is de vrouwenstem hoger dan de mannenstem. Gewichtige dingen (des mans) worden met een zware donkere stem gezegd.

Vrolijke aangename dingen worden met hoge stem verkondigd. Het is onmogelijk met een zware deftige Hollandse stem lichtzinnig te babbelen. Men kan alleen babbelen op het hoge niveau van de vrouwelijke stem (BUYTENDIJK).

Babbelen is niet hetzelfde als veel spreken, maar het is een soort losgeslagen spreken. Het vrouwengebabbel is geen geklets, waartoe juist mannen zo gemakkelijk vervallen, maar het is communicatie zonder andere bedoeling dan communicatie via de vocaliteit van de stem, met als doel het uitsluitend samen zijn zonder de inhoudelijke intentionaliteit van een gesprek (BUYTENDIJK).

BUYTENDIJK (1952) maakt het verschil in bestaanswijze tussen mannen en vrouwen onder andere ook doorzichtig vanuit de beschouwing van het lichamelijk-in-de-wereld-zijn van de mens. Hij gaat hierbij uit van de wijze waarop de mens zich beweegt, want dit is, aldus BUYTENDIJK, immers de algemene wijze waarop de mens de feitelijkeheid in de aangetroffen dingen beantwoordt en waarop hij deze grijpt en begrijpt, er mede omgaat, er een betekenis aan geeft en aldus het grondkarakter van zijn menselijke wereld ontwerpt.

„Het vrouwelijk bewegen is gekenmerkt door een gelijkmatig vloeiend verloop. Het mannelijk bewegen is hoekig en afgepast.

Het mannelijk bewegen eindigt talloze malen, het vrouwelijk bewegen gaat als het ware zonder einde voort.

De mannelijke beweging is altijd ingedeeld in onderdelen met geprononceerde eindpunten. In de mannelijke beweging is het eindpunt soms het doel, dat aan de gehele beweging de zin geeft en dat in elk onderdeel herkend wordt als vooruitlopend aanwezig. Elke beweging krijgt het karakter van het mannelijke, indien de voortbrengende impuls, de intentie, op het overwinnen van een weerstand is gericht. De mannelijke handeling wordt eigenlijk uit het doorleven van deze weerstand geboren. Weerstandigheid en overwinning van deze weerstandigheid is overal het grondthema van de verschillende intentionaliteiten, die zich in het mannelijke doen fenotypisch voordoen.

De vrouwelijke beweging is een vloeiende golfbeweging, ze heeft een heel ander uitdrukkingskarakter. Zij ontspringt niet uit een plotselinge impuls, maar groeit uit een intentie.

De mannelijke verhouding tot de situatie wordt opgelost in de uitvoering van de beweging. Bij de vrouwelijke beweging geschiedt dit niet, zij wordt juist in de uitvoering zelf onderhouden. De vrouwelijke handeling bezit het karakter van een functioneel kringproces, waarbij de bewegingen altijd weer opnieuw uitgelokt worden door de gewaarwordingen, waarbij dus de bewegende en bewogen mens in het bewogen en bewegende object in een ononderbroken cirkelgang verbonden zijn.

De intentionaliteit van vrouwelijke beweging als zodanig richt zich niet op een einde. Natuurlijk houdt ook het vrouwelijk bewegen „de facto” op. Dit vrouwelijk bewegen is geen weerstandig maar adaptatief bewegen.”

Er is dus een fundamenteel verschil tussen het mannelijk en het vrouwelijk bewegen. De mannelijke activiteit is meer doelgericht, heeft meer handelingskarakter, de vrouwelijke activiteit heeft meer uitdrukkingskarakter. Er is samenhang tussen de vrouwelijke lichaamsbouw en vrouwelijk bewegen en wat BUYTENDIJK noemt haar „gratieuze bewegingsweelde”. Hier liggen ook verbanden met de grotere affectiviteit van de vrouw.

Vanuit zijn motoriek, vanuit zijn grotere spierkracht en vanuit zijn minder gehinderd zijn door zijn lichamelijkeheid is de „wereld van de man” meer „de wereld van de arbeid”, „de wereld van activiteit”, „de wereld waar men niet verwijlt maar voortgaat”.

De vrouwelijke motoriek, haar wijze van met de dingen bezig zijn, en haar meer gehinderd worden door haar lichamelijkeheid, maken dat zij minder greep op de wereld heeft dan de man. Haar zijswijze wordt in belangrijke mate bepaald door een adaptatief bewegingspatroon. Zij zal meer verwijlen bij de dingen en meer moederlijk zorgend bezig zijn.

Natuurlijk gaat het hier niet om absolute verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo kan een vrouw zeer goed op mannelijke wijze haar arbeid verrichten of een man op meer vrouwelijke wijze bezig zijn.

„Het verschil tussen mannelijk en vrouwelijk bezig zijn komt onder andere tot uiting in de handdruk. Natuurlijk zijn er mannen, die een slappe hand geven en krijgt men van sommige vrouwen een „stevige poot”, maar over het algemeen geeft de man een grote hand

en de vrouw een kleine. De grote hand is niet alleen sterker, maar zijn greep is anders. De man doorleeft zijn eigen lichamelijke existentie als een besliste greep op de wereld en wanneer hij een hand geeft, is dit een moment van dit steeds aanwezige existentiële bewustzijn.

De vrouw is constitutioneel onzeker. Dat wil zeggen dat de vrouw haar eigen lichamelijkheid in zichzelf als middel om iets te doen, als onzeker doorleeft, omdat de vrouw door haar natuur voortdurend teruggeroepen wordt uit het bestaan; gezien als initiatief en greep op de wereld. Deze constitutionele onzekerheid van de vrouw bepaalt mede haar handdruk. De man voelt deze hand als minder beslist toegestoken, als minder grijpend en ervaart de persoon als gereserveerder, als minder expressief en agressief, maar vooral als minder onbevangen”.

Vanuit de geciteerde existentieel-antropologische beschouwingen van BUYTENDIJK wordt ons een beeld van de verschillen tussen mannen en vrouwen ontworpen, dat veel in de bevindingen van ons eigen onderzoek kan verhelderen.

11.15 *Nog niet besproken verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen, gezien tegen de achtergrond van de opvattingen van Buytendijk*

De vrouwen gaven meer hoofdpijn aan in de familie. Waarschijnlijk komt dit gegeven overeen met het feit, dat vrouwen meer aan allerlei kwaaltjes o.a., hoofdpijn lijden dan mannen en dat daarom mogelijk hun aandacht ook meer in deze richting is gefixeerd.

De meer voorkomende onechtheid van de vrouw werd reeds in paragraaf 8 van dit hoofdstuk besproken.

Dat vrouwen gauwer geprikkeld zijn dan mannen is in verband te brengen met de reeds besproken sterkere emotionaliteit van de vrouw.

Wij bespraken ook reeds, dat de vrouw haar agressie in mindere mate uit dan de man, terwijl wij vonden dat onze vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen meer opkroppen en minder gauw driftig worden dan de mannen.

De vrouw verhoudt zich op andere wijze tot het gebruik van haar

stem dan de man. Dit werd in een vorige paragraaf besproken aan de hand van het typisch vrouwelijke fenomeen van het babbelen. Wij vinden bij onze patienten een significant verschil wat betreft praten, lachen en zingen. Het zijn de vrouwen, die hier een duidelijk grotere voorkeur hebben.

De mannen geven meer voorkeur aan eten, drinken en snoepen dan de vrouwen, hetgeen weer enigszins aansluit op de door ons bij de mannen gesignaleerde lichte orale karaktertrekken.

De grotere meer gratieuze bewegingsweelde van de vrouw, sluit aan bij de bij haar waargenomen extra mondbewegingen. Immers de vrouwelijke motoriek heeft meer uitdrukkingskarakter.

Dat de mannen beter van huis kunnen, past bij het mannelijk-in-de-wereld-staan hetgeen inhoudt, dat hij niet verwijlt bij de dingen.

Dat men vindt dat bij de vrouwen meer het verlangen leeft naar de jeugdwoonplaats, is voor de moederlijk zorgende bij de dingen verwijlende vrouw niet verwonderlijk.

Het hoge aspiratieniveau is een kenmerk, dat we bij alle lijdens aan het Syndroom van Costen terug vinden. De vrouwelijke patient wekt deze indruk sterker dan de mannelijke. Een exacte verklaring voor deze bevinding is moeilijk te geven. Vrouwen zijn voortdurend zorgend bezig en misschien beïnvloedt dit de taxatie van de hoogte van het aspiratieniveau in de zin van een hoger aspiratieniveau.

Een groot aantal verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lijdens aan het Syndroom van Costen is terug te voeren op verschillen in mannelijke en vrouwelijke zijnswijze in het algemeen. Waarom deze verschillen echter bij onze patienten duidelijker uitkomen zal nog worden besproken.

11.16 Wat niet gevonden werd bij ons eigen onderzoek

Niet gevonden werd, dat lijdens aan het Syndroom van Costen in psychiatrisch opzicht meer gestoord waren dan andere patienten van de mondheilkundige polikliniek te Groningen.

Wij vonden alleen bij onze vrouwelijke patienten meer rug- en neklachten. Klachten over de andere gewrichten werden bij onze vrouwelijke patienten niet vaker gevonden. Hoofdpijnklachten waren bij mannen en vrouwen gelijkelijk niet significant frequenter dan in de controlegroep. Ook andere somatische klachten werden niet

significant vaker gevonden dan in de controlegroep. Alleen hadden onze vrouwelijke patienten meer operaties doorstaan.

Wat de psychische symptomen betreft, is het van belang te vermelden, dat bijvoorbeeld „gespannen zijn” niet significant vaker werd aangegeven dan in de controlegroepen.

11.17 *Welk beeld krijgen wij van de lijders aan het Syndroom van Costen op grond van de door ons verkregen gegevens?*

Volgens BOERING (1966) speelt bij het Syndroom van Costen de arthrosis deformans van het kaakgewricht een grote rol. Deze arthrosis komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Ook ziet men uit de studie van BOERING, dat arthrosis deformans van het kaakgewricht bij vrouwen op een veel jeugdiger leeftijd optreedt dan bij de mannen. Hij beschreef onder andere een juveniele vorm van arthrosis deformans van het kaakgewricht, die bij meisjes reeds in de puberteit kan optreden.

Arthrosis komt dus bij de vrouw wat frequenter voor dan bij de man en mogelijk zijn de arthrotische veranderingen ook relatief ernstiger dan bij de man. Dit alles verklaart toch niet, waarom het Syndroom van Costen zo overweldigend veel vaker bij de vrouw dan bij de man tot uiting komt. (79 : 21, BOERING).

Misschien kan een bijdrage tot de verklaring hiervoor zijn, dat de vrouw met haar vloeiende motoriek veel meer gehinderd wordt door kaakgewrichtsklachten dan de man met zijn rukachtige afgepaste van nature wat stijvere motoriek. Dit strookt ook met wat wij vinden bij onze vrouwelijke patienten. Want juist die vrouwen zullen meer last hebben van een Syndroom van Costen, die in versterkte mate datgene tonen, wat we als typisch voor de vrouw hebben leren verstaan en wij vonden bij onze vrouwen: meer kleine lichamelijke klachten (in de vorm van rug- en nekkachten), meer operaties (afspiegeling van de „gevoelige” buik, de vrouw eigen) een minder stevige handdruk en meer onecht gedrag.

Wat zijn het nu voor vrouwen, die een Syndroom van Costen ontwikkelen en daarmee ter poliklinische behandeling komen?

Zij zijn in ieder geval in psychiatrisch opzicht niet-gestoorder-dan de gemiddelde vrouwelijke polikliniekpatient van de Mondheeskundige Polikliniek te Groningen.

We mogen echter wel concluderen uit onze gegevens dat deze vrouwen in duidelijker mate typische vrouwelijke eigenschappen bezitten dan de andere vrouwelijke polikliniekpatienten. Bovendien hebben ze een hoog streefniveau. Ze neigen ertoe minder opgewekt te zijn en hebben lichte heimweereacties. Deze beide laatste aspecten zou men als een lichte orale tendens kunnen duiden.

Hun relatie tot de vaderfiguur is anders dan die van de vrouwen van de controlegroep. Deze is mogelijk wat ambivalenter hetgeen ook tot uiting komt in de significant latere partnerkeuze (BOERING).

Wat de mannen betreft, kunnen wij ook weer stellen, dat zij in psychiatrisch opzicht niet-meer-gestoord-zijn dan de gemiddelde mannelijke patient van de Mondheelkundige Polikliniek te Groningen. Ook hier staat het hoge streefniveau op de voorgrond. Hier zijn de orale tendenzen iets meer uitgesproken dan bij de vrouwen. Men zou hier zelfs kunnen spreken van lichte orale karaktertrekken met een aanduiding in de richting van verslaving. Uit de voorzichtige formulering spreekt reeds om hoe lichte orale „stoornissen” het eigenlijk gaat, zowel bij mannen als bij vrouwen, want het gaat hier in hoofdzaak om structurele verschillen, die nog binnen het gemiddeld psychisch normale vallen.

Met deze kenmerken is het Syndroom van Costen bij de man echter niet compleet. Het gaat hier om een bepaald spiergedrag waarvan we de uiterlijke kenmerken wel hebben waargenomen, maar waarvan we het wezenlijke slechts hypothetisch kunnen aanduiden.

De mannen tonen minder extra-mondbewegingen dan de mannen uit de controlegroep. Nu heeft het bewegingspatroon van de man over het algemeen meer een doelgericht karakter dan een uitdrukingskarakter. Wij hebben dus te doen met mannen, die mogelijk tegen de achtergrond van hun hoge streefniveau, in verhoogde mate in hun bewegingsbeeld het karakter tonen van beslistheid en doelgerichtheid.

Deze mannen maken dus de indruk dat ze doelgericht trachten een greep op de wereld te verkrijgen. Aan de andere kant vinden we dat ze nog vaker een slappe handdruk geven dan de door ons onderzochte vrouwen, terwijl de man als regel een steviger hand geeft dan de vrouw. Waardoor deze discrepantie wordt teweeg gebracht, komt in ons onderzoek niet tot uiting; wel kunnen we ons voor-

stellen dat, door welke oorzaak dan ook, er bij de mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen sprake is van een relatief tekortschieten in het functioneren van het spierstelsel, waarvan de door ons gevonden discrepantie een uiting is.

Er was geen significant verschil, wat het betreft het stotteren op de kinderleeftijd tussen de groep mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen en de controlegroep; wel is het kinderlijk stotteren bijna zeker frequenter dan in de gemiddelde bevolking.

Er zijn dus aanwijzingen dat mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen blootstaan aan dezelfde condities als die welke verantwoordelijk zijn voor het optreden van stotteren op de kinderleeftijd.

Wellicht kan het bovenstaande nog gelden voor enkele andere eigenschappen en symptomen; namelijk niet significant verschillend ten opzichte van de controlegroep, die bestond uit andere patienten van de mondheelekundige polikliniek; wel significant verschillend ten opzichte van de gemiddelde bevolking. Van het stotteren (v. HARNACK, 1958) konden we dit nagaan; van de frequentie van andere symptomen in de bevolking stonden ons geen relatief exacte gegevens ter beschikking.

11.18 *Hoe is de relatie tussen psychiatrisch-gestoord-zijn en het Syndroom van Costen*

Zoals gezegd zijn de lijders aan het Syndroom van Costen in psychiatrisch opzicht niet ernstiger gestoord dan de gemiddelde patient van de Mondheelekundige Universiteitspolikliniek. Onder lijders aan het Syndroom van Costen bevinden zich natuurlijk toch ook een aantal in psychiatrisch opzicht afwijkenden.

Er bestaat een verband tussen angstige gespannenheid en, vooral bij activiteit, verhoging van de spierspanning. Deze verhoogde spierspanning kan zich in allerlei spiergroepen uiten (vooral in kauw-, rug-, nek- en schouderpijnen BALSAN, 1962, zie ook: 2.5 en 11.8). Uit het bovenstaande valt gemakkelijk in te zien, dat, indien een in psychiatrisch opzicht afwijkende persoonlijkheid door een Syndroom van Costen wordt getroffen, hetzij dat een lijder aan een Syndroom van Costen bijvoorbeeld door de activering van een neurotische conflictuologie wordt getroffen, de psychisch afwijkende

structuur tot gevolg kan hebben, dat het Syndroom van Costen ten ongunste wordt beïnvloedt. Ook kan afhankelijk van de persoonlijkheidsstructuur, kortweg gezegd afhankelijk van de verwerking van het orofaciaalcomplex, een Syndroom van Costen de psychische toestand beïnvloeden.

Het in psychisch-opzicht-afwijkend-zijn is dus geen onmisbare conditie voor het ontstaan van een Syndroom van Costen; wel kan men bij lijders aan het Syndroom van Costen zekere, meestal nog binnen de psychische normaliteit vallende structuren, onderkennen. Psychische afwijkingen en een Syndroom van Costen kunnen elkaar wel wederzijds ten ongunste beïnvloeden.

11.19 *Hebben de symptomen van mond en kauwstelsel symbolische betekenis?*

Met de beide voorgaande paragrafen hebben we de vraagstelling van ons onderzoek ten naaste bij beantwoord. Rest ons nog de eventuele symbolische betekenis van de symptomatologie te bespreken.

Slechts een enkele maal hoorden we bij ons onderzoek opmerkingen van de onderzochte patienten, die het ons mogelijk maakten een relatie te leggen met een eventuele symbolische betekenis van de symptomatologie van het Syndroom van Costen en bv. van „ingeklemde” agressie (zie ook: 6.7). Dit werd soms uitgesproken in de volgende bewoordingen:

„Ik zou mijn kwaadheid wel willen uiten, maar ik verbijt mij ertegen”. „Ik eet mijn problemen op, en kan ze niet uiten, maar ik zou ze toch eigenlijk wel willen uiten”. „Ik wil zwijgen, maar ik moest eigenlijk uitpraten”.

Het is natuurlijk mogelijk, dat bij zorgvuldige exploratieve gesprekken nog meer van dergelijke uitlatingen naar voren komen. Waarschijnlijk is echter dat de symptomatologie van het Syndroom van Costen, indien deze bij bepaalde, in neurotisch opzicht afwijkende, patienten mede beïnvloed wordt door psychische factoren, dit meer de uitdrukking is van de neurotische spanning waaronder de patient leeft, dan dat men over het algemeen symbolische betekenis aan deze symptomen moet toekennen.

Wel leent, zoals reeds eerder uiteengezet werd, de symptomatologie van het Syndroom van Costen zich ertoe opgenomen te worden in de neurotische problematiek van sommige patienten.

Dit mechanisme zien we vooral duidelijk optreden, wanneer de symboliek van mond- en kauwstelsel zelf voor een bepaalde patient, krachtens de structuur van zijn neurose of door zijn primitiviteit, grote symbolische betekenis heeft. Overigens is het zaak om met symbolische duidingen van lichamelijke klachten in het algemeen voorzichtig te zijn.

Het is instructief om in dit verband te wijzen op wat Stolze (1953) vindt over de symboliek van de ziekten van de cervicaalstreek.

In 1953 verscheen van de hand van H. Stolze een studie over „Psychotherapie bei Erkrankungen der Halsregion“. Het boek droeg als titel: „Das obere Kreuz“. In een korte inleiding wordt gezegd, dat de schrijver met talrijke ziektegeschiedenissen „bewijst“, dat een groot deel van de pathologische afwijkingen in de cervicaalstreek mede psychisch bepaald zijn. In zijn boek geeft Stolze (1953) een antropologisch- fenomenologische beschouwing over de cervicaalstreek, die culmineert in het formuleren van het principe van „Das obere Kreuz“.

De verticale as symboliseert volgens Stolze (1953) „het-gelijktijdig-geworteld-zijn-in-het-aardse“ en „de-mogelijkheid-het-aardse-te-kunnen-overwinnen“.

De horizontale as symboliseert strevingen, die verband houden met zelfhandhaving en zelfopoffering. Het snijpunt wordt symbolisch voorgesteld door de cervicaalstreek.

In 1961 was ik in de gelegenheid hierover met Stolze van gedachten te wisselen. Hij zei slechts: „Seien Sie vorsichtig mit der Symbolik. Heutzutage nach acht Jahren, hätte ich das alles über „Das obere Kreuz“ nicht mehr so sicher formuliert“.

Ook met het toekennen van symbolische betekenis aan de symptomatologie van het Syndroom van Costen, dient men mijns inziens reserve te betrachten.

11.20 *Is er verwantschap tussen het Syndroom van Costen en de musculoskeletale syndromen in de zin van Bastiaans (1957)?*

BASTIAANS (1957) rekent tot de musculoskeletale syndromen:

- a. De inflammatoir reumatische syndromen (o.a. reumatoïde arthritis).
- b. De „degeneratief“ reumatische syndromen (arthrosis deformans, hernia nuclei pulposi, e.d.).
- c. De functionele niet-reumatische syndromen.

BASTIAANS (1957), wiens beschouwingen wij zullen volgen, ook waar hij anderen citeert, gaat bij zijn overwegingen uit van de psychiatrische bevindingen bij de patient met reumatoïde arthritis.

„Premorbide blijkt, dat deze patienten zich reeds op een bijzondere wijze schrap zetten tegen bedreigingen van buiten af of van binnen

uit en dat een zeker onvermogen tot het leggen van een goed gemoduleerd affectief contact reeds lange tijd aanwezig kan zijn, voordat het reumatische proces uitbreekt.

In de psychomotoriek van de reumapatiënt manifesteert zich „het-zich-schrap-zetten” en het constant “on guard” zijn tegen de bedreigingen van de wereld. Idealen en normen hebben grote betekenis voor hen. Zij zijn plichtsgetrouw, eerlijk, ijverig en zorgvuldig. Ze hebben een hekel aan ruzie en trachten bewust tot een vreedzame oplossing van hun moeilijkheden te komen. Hoewel ze er toe neigen hun medemensen de waarheid te zeggen, gaat de kritiek op de ander langs indirecte weg, namelijk via het roddelen. De agressie verraadt zich soms toch door een enkele stekelige opmerking te midden van minzaam woordvertoon. De agressie gaat schuil achter een houding van berusting met een duidelijk tyranniek masochistisch aspect.

Ze zijn te geremd voor een „gewoon” bevredigend sexueel contact. Van de partner eisen ze een dienende bewondering. Schiet deze tekort, dan trekken ze zich terug in een narcistisch isolement zonder te weten, hoezeer ze zich schrap zetten. Bevrediging wordt nu in een verre toekomst verwacht, waarbij ze soms dromen, dat hun kinderen aan hun idealen zullen voldoen. Als het anders loopt is de frustratie groot en kan het reuma uitbreken of verergeren. Het reuma heeft vaak de functie het gezin te tyranniseren.

Door frustratie gewekte spanning verraadt zich slechts in een zich schrap zetten tegen al datgene, dat hen in de afweer van hun gevoelens bedreigt. De reumaticus neigt er toe zich terug te trekken in een wereld van dagdromen. Dit verklaart het geheimzinnige glimlachje dat men vaak bij hen kan waarnemen. In hun dagdromen zijn ze „de grote generaal” of „vrijheids-held” of „de sprookjesprinses”. Naar buiten blijven ze echter altijd de minzame en bescheidene, met het verlangen naar het goede en verhevene en afkerig van het banale. Ze zijn ook zeer gevoelig voor standsverschil of verschil in geestelijk niveau. Er bestaat soms een neiging tot intellectueel of geestelijk snobisme.

Een drijvende, eierzuchtige, koppige, ambitieuze activiteit met dwangneurotische inslag ontbreekt zelden. De vader-kind relatie is meestal gestoord. Ook in de moeder-kind relatie treden vaak vroege stoornissen op tengevolge van ziekte of dood van de moeder. Een

der ouders is vrijwel altijd overmatig streng. Deze ouders geven dan wel toe aan eigen agressiviteit, maar staan deze aan het kind in het geheel niet toe. Bij het kind neemt hieronder de agressiviteit, maar ook de angst voor de agressie, enorm toe. Vanuit deze angst kunnen ze niet anders dan vriendelijk en meegaand zijn. De agressie wordt nu geuit in motorische activiteit, waarmee liefde of bewondering van de omgeving kan worden verkregen. Bijvoorbeeld in het verrichten van huishoudelijk werk voor moeder, later in het verrichten van sportieve prestaties of in het beoefenen van toneelspel. Bekend is de trots van de volwassen reumapatiënt op vroegere prestaties, hetzij op sportgebied, of op het gebied van de voordrachtskunst. Wanneer de directe motorische expressie een keer geblokkeerd is, wordt uitgeweken naar de reeds besproken fantasiewereld.

Naast infantiele grootheidswonder speelt in de dynamiek van de reumapatiënt fixatie aan de anale fase van de driftontwikkeling een grote rol. Het probleem van de "sibling rivalry" heeft de reumaticus slecht opgelost. Hij uit dit vaak door een koele neutrale houding ten opzichte van broertjes en zusjes en ten opzichte van eigen kinderen. Verergering van het reuma gedurende de zwangerschap van zijn vrouw is bij de reumaticus geen zeldzaamheid.

De reumaticus is oraal-agressief. Dit laatste zou niet specifiek zijn voor het reuma, maar geldt in het algemeen voor vroeg infantiel gestoorden. Dit uit zich niet zozeer door bijtende kritiek, of door zich vast te bijten in het werk zoals bij de ulcuspatiënt, maar door de stille indirecte kritiek, waarbij soms - door steeds maar mooi te spreken - bereikt wordt, dat orale behoeften bevredigd worden. Het idealisme van de reumapatiënt heeft niet alleen vroeg-infantiele wortels, maar wordt ook gevoed in de puberteit."

Neemt men het reumakarakter als uitgangspunt, aldus BASTIAANS, dan zal men ook bij andere musculoskeletale syndromen het min of meer specifieke op het spoor komen. Wel moeten we hieraan toevoegen, dat de schrijver duidelijk stelt, dat dit soort syndromen zich eerder manifesteert bij een organische predispositie dan bij een volkomen gezond bewegingsapparaat; bij de beoordeling van de betekenis van de psychische factoren moet dan ook, aldus BASTIAANS, constant met de organische momenten rekening worden gehouden. Bezien we het beeld dat BASTIAANS ons ontwerpt van de reumapatiënt, dan vinden we hier bij het Syndroom van Costen weinig

van terug, waarbij we hier in het midden laten of men de hypothese van de specificiteit van de musculoskeletale syndromen houdbaar acht of niet.

We kunnen bij vergelijking met de „reumapatiënt” het volgende noemen:

In de eerste plaats vinden wij zowel bij mannen als bij vrouwen een hoog streefniveau. Dit zou te vergelijken zijn met de grote prestatiedrang van de reumapatiënt. Verder vinden bij onze vrouwelijke patienten wel niet een gestoorde vader-kind relatie maar een toch een wat ambivalentere relatie dan bij de controlegroep.

Ook vinden we lichte orale tendenzen. Veel vinden we dus niet terug, met name wordt ons de reumapatiënt afgeschilderd als een neurotisch gestoorde, terwijl de lijders aan het Syndroom van Costen binnen de psychische normaliteit vallen.

11.21 *Beantwoording van de vraagstelling van ons onderzoek*

Nadat in de voorgaande paragrafen de vraagstelling van ons onderzoek reeds goeddeels is beantwoord, willen wij thans nog eens puntsgewijs een samenvatting geven.

1. Is iedere lijder aan het Syndroom van Costen in psychiatrisch opzicht afwijkend?

Deze vraag dient ontkennend beantwoord te worden. Onder lijders aan het Syndroom van Costen bevinden zich niet meer in psychiatrisch opzicht afwijkende patienten, dan onder een controlegroep van patienten afkomstig van dezelfde polikliniek.

2. Bestaat er verband tussen een Syndroom van Costen en de eventueel bij de betreffende patient geconstateerde psychiatrische symptomatologie?

Psychiatrische stoornissen kunnen een Syndroom van Costen ongunstig beïnvloeden, omgekeerd kan een Syndroom van Costen invloed hebben op psychiatrische stoornissen. De ene groep symptomen vormt echter geen onmisbare onstaansvoorwaarde voor de ander (zie ook: 3).

Er bestaan wel in hoofdzaak psychogeen bepaalde op het Syndroom van Costen gelijkende reacties. (Behorende tot de functionele niet-reumatische syndromen van Bastiaans 1957, o.a. genoemd in 11.20). In hoofdstuk 3 noemden we reeds de hysterische aangezichtspijn van Engel (1951), die zich onder een dergelijk beeld kan voordoen. Ook Abraham (1916, 1924, 1927) heeft in het kader van depressies en psychosen dergelijke toestandsbeelden beschreven. Ziektegeschiedenis 9.11 is een voorbeeld hiervan. Nog onlangs beschreven Fiebrand en Reimer (1965) een dergelijk toestandsbeeld onder de naam „Masseter-Krampf”.

3. Zijn er ziekelijke persoonlijkheidsafwijkingen, die specifiek zijn voor het Syndroom van Costen?

Hoewel men bij lijders aan het Syndroom van Costen niet kan spreken van een specifiek ziekelijk afwijkende persoonlijkheidsstructuur, vinden we toch wel bij de lijders aan het Syndroom van Costen bepaalde structurele persoonlijkheidskenmerken, die nog liggen binnen de psychische normaliteit. Een hoog streefniveau en lichte orale tendenzen vinden we zowel bij mannen als bij vrouwen. Verder zijn eigenschappen, die specifiek zijn voor de vrouwelijke zijnswijze in versterkte mate bij de vrouwen aanwezig. Bovendien staan de vrouwen enigszins anders tegenover de vaderfiguur, wat meer ambivalent en vinden zij wat later een levenspartner.

Bij de mannen vinden we een relatief tekortschieten van het spierstelsel. De pendant hiervan bij de vrouwen is het overheersen van een meer vrouwelijke motoriek, die zich slecht verdraagt met het optreden van een Syndroom van Costen. Waarschijnlijk zijn bij de mannen dezelfde condities aanwezig, als die verantwoordelijk gesteld kunnen worden, voor het optreden van stotteren op de kinderleeftijd.

4. Heeft de symptomatologie van het Syndroom van Costen symbolische betekenis? Bestaat er verband tussen de symbolisch affectieve beladenheid van mond en kauwstelsel en het Syndroom van Costen?

De symptomatologie van het Syndroom van Costen brengt meer de psychische gespannenheid van de eventueel in neurotisch opzicht afwijkende lijder aan het Syndroom van Costen tot uiting, dan dat zij specifieke symbolische betekenis heeft. Wel is het mogelijk dat de symptomatologie soms secundair symbolisch wordt opgenomen in de neurotische problematiek van de patient.

De symbolisch affectieve beladenheid van mond en kauwstelsel zal slechts een rol spelen bij lijders aan het Syndroom van Costen voorzover hun innerlijke psychische structuur daartoe aanleiding geeft, dat wil zeggen, zij is afhankelijk van de wijze, waarop zij staan ten opzichte van hun orofaciaalcomplex.

11.22 *Desiderata voor verder onderzoek?*

Hoewel wij erin geslaagd zijn te komen tot de beantwoording

van de vraagstelling, blijven ongetwijfeld naar aanleiding van het door ons verrichte onderzoek nog vele vragen open.

De mogelijke invloed van cerebraal-organische factoren werd nauwelijks onderzocht. Voortgezet electro-encefalografisch onderzoek en „de organische testbatterij” bieden hier nog mogelijkheden. Op grond van onze gegevens, zouden we het volgende willen opmerken:

Hoogstwaarschijnlijk zullen lijders aan het Syndroom van Costen in cerebraal-organisch opzicht niet meer afwijkend zijn dan de leden van een controlegroep. Wij gronden dit behalve op het algemene verloop van ons onderzoek op de hieronder volgende overwegingen.

Onze aandacht werd op mogelijke cerebraal-organische factoren gericht door een nadere analyse van het symptoom bruxisme, waarvan we ons voorstelden, dat het mede onder invloed van integratieverzwakkende cerebraal-organische factoren tot stand zou kunnen komen.

Nu blijkt echter mede uit de onderzoeken van THOMSON (1964) dat bruxisme even frequent voorkomt bij lijders aan het Syndroom van Costen als bij een controlegroep en dus geenszins een obligaat symptoom is. Hoewel men dus om zekerheid te verkrijgen over de rol van de organiciteit bij het Syndroom van Costen, dit zal moeten onderzoeken, lijkt een cerebraal-organische factor als obligate voorwaarde voor het ontstaan van een Syndroom van Costen weinig waarschijnlijk.

Natuurlijk blijft er nog veel te onderzoeken. Wij willen hier nog enkele punten noemen. Wellicht zou nader psycho-analytisch onderzoek van een aantal lijders aan het Syndroom van Costen ons toch nog wat verder brengen, vooral wat betreft, hetgeen reeds eerder werd genoemd, de mogelijk symbolische betekenis van de symptomatologie van het Syndroom van Costen bij sommige patienten. Misschien dat gericht prospectief onderzoek ons voort kan helpen. Wij denken hier met name aan de observatie van jonge kinderen met symptomen als bruxisme, overmatig duimzuigen en veel nagelbijten.

11.23 *Nabeschouwing*

Wellicht heeft het zin nog enige opmerkingen te maken naar aanleiding van het door ons onderzoek verkregen inzicht.

Arthrosis deformans van het kaakgewricht ligt in belangrijke mate

ten grondslag aan het Syndroom van Costen (BOERING, 1966). Men kan zich afvragen of de neurotische lijder aan het Syndroom van Costen mede behandeld moet worden door de zenuwarts?

In eerste instantie zou ik hierop willen antwoorden, dat ook de neurotische lijder aan het Syndroom van Costen behoort te worden behandeld door een daarvoor geïnteresseerde mondchirurg. Hieronder versta ik een specialist in de mondheelkunde, die begrip heeft leren krijgen voor de problematiek rondom het Syndroom van Costen. Hij zal, ook bij de neurotische kaakgewrichtspatient, in staat zijn - vanuit de unieke situatie, waarbij de patient zittend in een tandartsenstoel, zich volkomen aan hem overgeeft en zich vaak ook uitspreekt over zijn moeilijkheden - de beste resultaten te boeken.

Uitgezonderd wat betreft de psychotische desintegratie, was het slechts in een enkel extreem geval noodzakelijk de behandeling door een psychiater in samenwerking met de specialist voor mondheelkunde te doen verrichten.

Enkele malen kwam het voor, dat ernstig neurotische patienten - die hiervoor tevoren door de psychiater tevergeefs waren behandeld, en nadien wegens een optredend Syndroom van Costen door de mondchirurg alleen verder werden behandeld - na een langdurige tandheelkundige behandeling toch tot een betere levensaanpassing kwamen. Veel hangt hierbij natuurlijk af van de persoonlijkheid en de belangstelling van deze specialist.

Goede diagnostiek en therapeutische strategie en juiste verwijzing zijn hier van uitermate groot belang, opdat vermeden worde dat juist deze neurotisch gestoorde patienten worden blootgesteld aan traumatiserende, ingrijpende tandheelkundige behandelingen, en zij soms jarenlang van de ene specialist naar de andere worden verwezen, waarbij juist deze neurotische patienten steeds sterker gefixeerd raken aan hun kaakgewrichtsklachten. Dit verwijzen van de ene specialist naar de andere wordt niet alleen bepaald door het inzicht van de verwijzende arts, maar ook de patient zelf, dit dient met nadruk gesteld, kan hierbij zijn rol spelen.

Steeds werd de benaming Syndroom van Costen gehandhaafd. BOERING pleit vanuit zijn eigen visie voor de benaming arthrosis deformans van het kaakgewricht. Hij aanvaardt hoogstens nog de benaming "Temporomandibular Joint Pain-Dysfunction Syndrome".

Tegen de benaming arthrosis deformans van het kaakgewricht voor het gehele complex van klachten bestaat toch wel enig bezwaar. Arthrosis deformans van het kaakgewricht kan namelijk aanwezig zijn, zonder dat dit zodanige klachten geeft, dat de betreffende zich meldt ter behandeling. En hoewel het door Costen beschreven toestandbeeld niet meer in zijn volledigheid aanvaardbaar is, dient - vanuit het verkregen inzicht - de benaming Syndroom van Costen gehandhaafd te worden voor een symptomcomplex, dat niet geheel begrepen kan worden vanuit het optreden van arthrosis deformans van het kaakgewricht, maar mede berust op bepaalde binnen de psychische normaliteit liggende persoonlijkheidskenmerken en het overwegend voorkomen van een bepaald spiergedrag.

Het uitgangspunt van deze studie was of mogelijk psychogene factoren een rol spelen bij het totstandkomen van een Syndroom van Costen. Het aanvankelijk aangeboden klinische materiaal en bepaalde gegevens uit de psychiatrische literatuur boden - zelfs tot na de afsluiting van het voorlopige oriënterende onderzoek (zie ook: hoofdstuk 7) - steun aan deze opvatting.

Door een zo verantwoord mogelijke methodologische opzet werd aangetoond, dat de rol van de psychogenie bij het Syndroom van Costen veel en veel kleiner was dan aanvankelijk werd verondersteld. Wel werden enkele persoonlijkheidskenmerken gevonden, die nog liggen binnen de psychische normaliteit. Van psychiatrisch-gestoord-zijn als obligate ontstaansvoorwaarde is echter geen sprake. Natuurlijk zijn er onder de lijders aan een Syndroom van Costen in psychisch opzicht afwijkenden, maar hun aantal overschrijdt niet de norm, die geldt voor de gemiddelde bevolking. Wel kunnen eventuele psychiatrische stoornissen en een Syndroom van Costen elkander ten ongunste beïnvloeden.

SAMENVATTING

Naar aanleiding van klinische indrukken en mede op grond van literatuurgegevens werd een psychiatrisch onderzoek verricht naar het aandeel van psychogene factoren bij het tot stand komen van kaakgewrichtsklachten.

Het klachtencomplex dat van stoornissen in de functie van het kaakgewricht het gevolg kan zijn, is onder andere bekend onder de namen: Syndroom van Costen, syndroom-van-het-pijnlijke-slecht-functionerende-kaakgewricht en arthrosis deformans van het kaakgewricht.

In deze studie werd de omschrijving Syndroom van Costen gehandhaafd.

In het eerste hoofdstuk werden de klinische symptomen besproken.

Dan volgen in het tweede en derde hoofdstuk, voorzover van belang voor het verrichte onderzoek, beschouwingen over respectievelijk de tandheelkundige en de psychiatrische literatuur betreffende het Syndroom van Costen.

Het vierde hoofdstuk is gewijd aan de psychologie van mond en kauwstelsel.

Het vijfde hoofdstuk bevat algemene psychopathologische, psychogenetische en psychodynamische beschouwingen.

In het zesde hoofdstuk werden speciaal de, voor een goed begrip van het Syndroom van Costen, belangrijke psychodynamische aspecten besproken. Zowel het psychoanalytisch-ontwikkelingspsychologische als het fenomenologisch-antropologische aspect waren onderwerp van bespreking.

Op het eind van het zesde hoofdstuk werden de volgende vragen gesteld:

1. Is de lijder aan het Syndroom van Costen in psychiatrisch opzicht afwijkend?

2. Zo ja, wat is het verband tussen dit in psychiatrisch-opzicht-afwijkend-zijn en het opgetreden Syndroom van Costen?
3. Is het psychiatrisch-afwijkend-zijn specifiek, met name zijn er ontwikkelingsstoornissen in de orale fase?
4. Is er verband tussen de symbolisch affectieve beladenheid van mond en kauwstelsel en het Syndroom van Costen en hebben de symptomen van mond- en kauwstelsel bij het Syndroom van Costen symbolische betekenis?

In hoofdstuk zeven werd een eerste oriënterend onderzoek met behulp van een enquêteringsmethode beschreven.

In hoofdstuk acht vonden klinische gegevens een plaats van patienten, die ook met de enquêteringsmethode waren onderzocht.

Het negende hoofdstuk bevat dertien gedetailleerde psychiatrische ziektegeschiedenissen van lijdens aan het Syndroom van Costen.

In hoofdstuk tien werden met behulp van alle tot nu toe verzamelde gegevens een aantal hypothesen opgesteld, die getoetst werden, door 41 vrouwelijke en 22 mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen te vergelijken met 41 vrouwelijke en 22 mannelijke patienten van dezelfde mondheerkundige polikliniek, die niet leden aan het Syndroom van Costen.

De groepen patienten werden onderzocht met de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst) en een tweede speciaal ontworpen vragenlijst.

Door middel van de χ^2 -test werd nagegaan, of er in bepaalde opzichten significante verschillen bestonden tussen de patienten van de verschillende groepen.

In hoofdstuk elf werden nog enige nieuwere mondheerkundige gegevens vermeld betreffende lijdens aan het Syndroom van Costen, waarna vervolgens getracht werd de gegevens van ons eigen onderzoek te interpreteren. De in hoofdstuk zes gestelde vragen werden beantwoord, waarna nog een nabeschouwing werd gegeven. Van het resultaat van ons onderzoek krijgt de lezer een beeld uit het hieronder volgende, dat in grote lijnen weergeeft wat in hoofdstuk elf werd beschreven.

In tegenstelling tot hetgeen de literatuur vermeldde, heeft recent onderzoek (BOERING, 1966) aan het licht gebracht, dat arthrosis deformans van het kaakgewricht toch een belangrijke rol

speelt bij het tot stand komen van klachten over het kaakgewricht. Deze vorm van arthrosis komt bij de vrouw iets frequenter voor dan bij de man. Zij manifesteert zich bij de vrouw op jeugdiger leeftijd en geeft misschien relatief ernstiger afwijkingen dan bij de man. Toch verklaart dit niet waarom het syndroom zo overweldigend veel vaker bij de vrouw dan bij de man tot uiting komt ($\pm 80 : \pm 20$).

Misschien is een verklaring hiervoor, dat de vrouw met haar meer vloeiende motoriek veel meer gehinderd wordt door kaakgewrichtsklachten dan de man met zijn meer rukachtige, meer afgepaste, van nature wat stijvere motoriek.

In overeenstemming met een mogelijk verband met de vrouwelijke motoriek en met de vrouwelijke zijnswijze is, dat we bepaalde eigenschappen, die we, volgens de antropologisch-phenomenologische visie als meer vrouwelijk hebben leren verstaan, in versterkte mate bij onze vrouwelijke patienten vinden, namelijk: meer „kleine” lichamelijke klachten (in de vorm van rug- en nekkklachten), meer operaties (afspiegeling van de „gevoelige” buik van de vrouw eigen), een minder stevige handdruk en een grotere neiging tot onecht gedrag (BUYTENDIJK, 1952).

In psychiatrisch opzicht waren de vrouwelijke patienten niet gestoorde dan de gemiddelde vrouwelijke patient van dezelfde polikliniek. Wel bezitten ze dus in sterkere mate typisch vrouwelijke eigenschappen dan de andere vrouwelijke patienten van dezelfde polikliniek.

Bovendien bestaat vaker een hoog streefniveau. Zij zijn als regel wat minder opgewekt en hebben lichte heimweeachtige reacties. Beide laatste aspecten gaan in de richting van lichte orale tendenzen. Hun relatie tot de vaderfiguur is mogelijk wat ambivalenter, hetgeen misschien mede tot uiting komt in een significant latere partnerkeuze.

Ook de mannen zijn in psychiatrisch opzicht niet meer gestoord dan de gemiddelde mannelijke polikliniekpatient. Ook hier komt het hoge streefniveau vaker voor. Bij de mannen kan men spreken van lichte orale karaktertrekken. Het gaat echter in dit opzicht evenals bij de vrouwen om structurele verschillen die nog liggen binnen de psychische normaliteit.

Als bijzonderheid vinden we bij de mannen nog een relatief tekort-

schieten van het spierstelsel, zoals we bij de vrouwen een overheersend vrouwelijke motoriek vinden, die zich slecht verdraagt met optredende klachten van het kaakgewricht. Waarschijnlijk zijn bij de mannen dezelfde condities aanwezig als die welke een voorwaarde vormen voor stotteren op de kinderleeftijd.

Wat de vraagstellingen van het onderzoek betrof kon geconcludeerd worden:

1. Lijders aan het Syndroom van Costen zijn in psychiatrisch opzicht niet meer afwijkend dan andere patienten van dezelfde polikliniek.
2. Psychiatrische stoornissen kunnen een Syndroom van Costen ongunstig beïnvloeden, omgekeerd kan een Syndroom van Costen invloed hebben op psychiatrische stoornissen. De ene groep symptomen vormt geen onmisbare ontstaansvoorwaarde voor de andere (zie echter ook onder 3).
3. Hoewel men bij lijders aan het Syndroom van Costen niet kan spreken van een specifiek ziekelijk afwijkende persoonlijkheid, vindt men bepaalde structurele persoonlijkheidskenmerken, die nog binnen de psychische normaliteit liggen.
4. De symptomatologie van het Syndroom van Costen brengt meer de psychische gespannenheid van de eventueel in neurotisch opzicht afwijkende lijder aan het Syndroom van Costen tot uiting, dan dat zij specifieke symbolische betekenis heeft. De symptomatologie kan soms secundair symbolisch worden opgenomen in de neurotische problematiek van de patient. De symbolische affectieve beladenheid van mond en kauwstelsel zal slechts een rol spelen bij die lijders aan het Syndroom van Costen, wier innerlijke structuur daartoe aanleiding geeft, dat wil zeggen dat deze rol afhangt van de wijze, waarop zij staan ten opzichte van hun orofaciaalcomplex.

Arthrosis deformans van het kaakgewricht schiet ons inziens als benaming voor het Syndroom van Costen tekort. Het gaat niet alleen om afwijkingen aan het kaakgewricht. Deze patienten hebben overwegend een bepaald spiergedrag en ze bezitten bepaalde nog binnen de psychische normaliteit liggende persoonlijkheidskenmerken, namelijk: een overwegend hoog aspiratieniveau en lichte, als oraal te duiden tendenzen en karakters trekken.

Wat betreft de vrouwen bestaat er een meer typisch vrouwelijk gedrag en een meer ambivalente instelling ten opzichte van de vaderfiguur, terwijl zij bovendien later tot een partnerkeuze komen.

Bij de mannelijke lijdens aan het Syndroom van Costen bestaan waarschijnlijk dezelfde condities als die welke stotteren op de kinderleeftijd mogelijk maken.

In een opzet, waarbij getracht werd methodologisch zo verantwoord mogelijk te zijn, werd aangetoond, dat aan psychogene factoren een veel minder grote rol moet worden toegekend, dan aanvankelijk op grond van literatuurstudie werd aangenomen.

SUMMARY

From psychiatric examination of patients with complaints of the temporomandibular joint, we got the impression that psychogenic factors might play a role and in studying the literature relating to this matter, our impression seemed to be confirmed.

The disorders we studied are known under the names: Costen's Syndrome, pain-dysfunction syndrome of the temporomandibular joint and osteo-arthritis of the temporomandibular joint. In this study the name Costen's Syndrome is used.

We referred only to literature which had a bearing on our investigations.

One chapter was devoted to the psychology of mouth and teeth.

We considered the possible psychopathologic, psychodynamic and psychogenic aspects of the symptomatology of Costen's Syndrome. In our considerations we did not make use of the psychoanalytic theory only, the phenomenological-anthropological view-point also being taken into account.

We formulated the following questions:

1. Is a patient, suffering from Costen's Syndrome, to be considered as psychiatrically deviated?
2. If so, what is the relationship between the deviated pathological psychic (e.g. neurotic) structure and Costen's Syndrome?
3. Is there any specificity in the postulated deviated pathological personality-structure of the patient suffering from Costen's Syndrome? Are there e.g. oral traits?
4. Is there any relationship between the symbolic libidinal cathexis of mouth and teeth in general and Costen's Syndrome. Do the symptoms of Costen's Syndrome have a symbolic sense!

We tried to come to a conclusion by verification of a few hypo-

theses. In order to test the applicability of our hypotheses, the results of the investigations of 41 female and 22 male patients suffering from Costen's Syndrome were compared with those of 41 female and 22 male patients from the same outpatient-department, who did not suffer from this syndrome. To establish significant differences the chi-square test was used.

In contradistinction to the literature recent investigations (BOERING, 1966) showed that osteo-arthritis of the temporomandibular joint is an important factor in the aetiology of Costen's Syndrome. The incidence of this form of arthritis is slightly greater in the female than in the male, but why women are comparatively much more frequently affected by Costen's Syndrome (about; 80 women against 20 men) has not yet been explained.

In our opinion women, whose muscular actions are much smoother and more fluent than those of the males, will be more hindered by Costen's Syndrome.

In accordance with the above-mentioned supposition we found in our female patients many more qualities, which have, from an anthropological point of view (BUYTENDIJK, 1952) to be considered as more feminine, than in the female patients of the control-group. This fact leads to the conclusion that Costen's Syndrome in the female is connected with the way the women "experiences and lives with her body".

Our final conclusions were:

1. The incidence of a pathological personality-structure was not found to be greater in those with Costen's Syndrome, than amongst other patients of the same outpatient-department.

2. Anxiety caused by neurosis or psychosis may aggravate the symptoms of Costen's Syndrome. Symptoms of Costen's Syndrome may have a bad influence on neurotic or psychotic symptoms. Pathological psychic conditions however are not obligatory in the genesis of Costen's Syndrome (see also 3).

3. Patients with Costen's Syndrome do not have a specifically disturbed personality-structure. Nevertheless it is still possible to distinguish in the character of our patients certain features which, this has to be stressed, belong to a normal personality.

In the females we found more peculiarities which are, in a certain way, more feminine e.g. more minor ailments (back- and neck-pains). They had undergone more operations (possible sign of the sensitive abdomen, which is not uncommon in women), they gave a less firm handshake and furthermore the female patients had more signs of not quite natural behaviour than the women of the control-group. They were a little less cheerful and had more homesickness-like reactions. We interpreted the last two traits as mild oral tendencies.

The relation to the father was probably more ambivalent than in the women of the control-group. This was more or less in accordance with the fact that our female patients got married at a slightly higher age than the dutch woman in general.

The male patients showed definite slight oral traits, though, as stated previously we were dealing with varieties of personality-structures, which were within normal limits. More men stammered during childhood.

A high level of aspiration was found in men as well as in women.

The woman, with her smoother muscular action may be more prone to ailments from osteo-arthritis of the temporomandibular joint. The counterpart to this phenomenon in the male patients was a comparative deficiency in the way they used their muscles.

4. The symptoms of Costen's Syndrome are probably more the expression of a high level of psychic tension - under which some neurotic patients may live - and they have probably less direct symbolic meaning. The complaints of Costen's Syndrome may however be included in neurotic problems and in this way get secondary symbolic meaning. The mouth and teeth have a certain libidinal cathexis and symbolic significance. This fact is important in those patients suffering from Costen's Syndrome, that have got badly over their orofacial-complex.

The name osteo-arthritis of the temporo-mandibular joint expresses insufficiently what is the matter with a patient with Costen's Syndrome. Many people have got an osteo-arthritis of the temporo-mandibular joint but only some of them have got real complaints and a still smaller number come for treatment. Though osteo-arthritis is important, it is not the only causative factor. The patients have

special features in their characters, which lie however within normal limits. Moreover they have got a certain way of muscular behaviour.

The underlying investigations may prove that too much influence has been attributed to the psychogenic factors in the aetiology of Costen's Syndrome.

RÉSUMÉ

Des recherches ont été faites chez des malades, qui souffrent de troubles de l'articulation temporomandibulaire. L'ensemble des symptômes est entre autre connu sous le nom de Syndrome de Costen, "pain-dysfunction syndrome of the temporomandibular joint", ou simplement arthrose déformante temporomandibulaire.

Nous avons tâché de répondre aux questions suivantes:

1. Ces patients sont-ils dans un état psychique différent du normal?
2. Si la réponse à la question ci-dessus est affirmative, quelle est alors la relation entre cet état psychique aberrant (par exemple névrotique) et le syndrome de Costen?
3. Cet état psychique est-il spécifique? Y aurait-il par exemple une origine orale?
4. Existe-t-il une relation entre la charge affective symbolique de la bouche et le Syndrome de Costen? Les symptômes de ce syndrome ont-ils une signification symbolique?

Par des recherches (BOERING, 1966) récemment faites on a pu établir, que l'arthrose déformante joue tout de même un rôle primordial dans l'étiologie du Syndrome de Costen. Un fait, dont jusqu'à présent -surtout d'après la littérature anglo-saxonne et scandinave- on se doutait encore.

Que l'arthrose déformante joue un grand rôle n'explique pas pourquoi ce sont surtout des femmes qui sont atteintes du Syndrome de Costen (à peu près, 80 femmes contre 20 hommes).

Nous pensons que la femme avec sa souplesse naturelle du mouvement est beaucoup plus gênée par un Syndrome de Costen, que l'homme, qui a, lui, des mouvements un peu brusques, un peu mesurés et un peu raides.

On a comparé 41 femmes et 22 hommes avec un Syndrome de Costen avec 41 femmes et 22 hommes de la même polyclinique ne souffrant pas de ce syndrome. Le test chi-square a été employé pour déterminer les différences significatives.

La conclusion de nos recherches est la suivante:

1. Ceux qui souffrent du Syndrome de Costen ne sont pas plus souvent dans un état psychique, différent du normal que les malades du groupe de contrôle.

2. Un état névrotique ou psychotique peut exercer une mauvaise influence sur un Syndrome de Costen. Celui-ci à son tour, peut aggraver un état psychiatrique. Mais cette action réciproque ne veut pas dire que l'un ne peut pas exister ou se développer sans l'autre. (voir no. 3).

3. Il n'existe pas de structure caractérielle anormale, spécifique pour le Syndrome de Costen. C'est tout de même possible de distinguer chez nos malades certains traits de caractère en commun qui sont cependant normaux.

Dans le groupe de femmes, nous avons trouvé plus de traits de caractère typiquement féminins - dans le sens existentiel (BUYTEN-DIJK, 1952) - que dans le groupe de contrôle. Ceci nous mène à conclure, qu'il y a une relation entre la manière dont la femme en général „vit avec son corps", et le Syndrome de Costen.

Chez les femmes, on a trouvé plus de tendances orales. On pourrait décrire la relation avec leur père comme plus ambivalente. Or, ces femmes-ci se marient à un âge plus avancé que la moyenne.

Chez les hommes on pourrait aussi parler de plus de traits de caractère oral que dans le groupe de contrôle. Comme chez les femmes il s'agit de traits d'origine orale, qui doivent encore être considérés comme appartenant à la structure caractérielle normale. Les hommes avaient plus la tendance au bégaiement pendant leur enfance.

Les hommes comme les femmes visaient des buts relativement élevés dans la vie.

Si nous avons trouvé chez les femmes une manière d'utiliser leur musculature d'aspect féminin, qui s'accorde mal avec les plaintes d'arthrose temporomandibulaire, chez les hommes il existe un déficit relatif dans l'emploi de la musculature.

4. Les symptômes du Syndrome de Costen sont l'expression de la tension psychique sous laquelle vivent certains de ces souffrants, par hasard névrotiques, plutôt que ces symptômes aient quelque valeur symbolique. C'est naturellement possible que les symptômes du Syndrome de Costen soient incorporés dans une symptomatologie névrotique et gagnent de ce côté-là une valeur symbolique secondaire. La bouche et ses organes ont une certaine charge libidineuse et une valeur symbolique en soi. C'est une chose qui n'a de l'importance que chez les malades qui n'ont pas bien maîtrisé leur complexe orofacial.

On peut conclure que la psychogenèse joue, dans le syndrome de Costen, un rôle beaucoup moins important qu'on ne s'attendait, d'après certaines données surtout de la littérature psychiatriques américaine.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund klinischer Beobachtungen und nach Auswertung der vorliegenden Literatur wurde eine psychiatrische Untersuchung an Patienten mit einem Costen' Syndrom durchgeführt. Synonyme für die Bezeichnung dieses Krankheitsbildes sind: "pain-dysfunction syndrome of the temporo-mandibular joint" und „Arthrosis deformans des Kiefergelenks“. In dieser Arbeit wird die Bezeichnung Costen' Syndrom verwendet.

Folgende Fragen sollten beantwortet werden:

1. Weichen Patienten mit einem Costen' Syndrom in allgemein psychiatrischer Hinsicht von der Norm ab.
2. Wenn ja, welcher Art ist dann die Beziehung zwischen der psychischen Störung und dem Costen' Syndrom.
3. Sind die psychischen Abweichungen spezifisch, sind sie etwa auf Entwicklungsstörungen in der oralen Phase zurückzuführen.
4. Gibt es eine Beziehung zwischen der symbolisch-affektiven Bedeutung des Mundes mit den Kauwerkzeugen und dem Costen' Syndrom. Sind Vielleicht die Symptome des Costen' Syndroms symbolisch zu deuten?

Einundvierzig Patienten weiblichen Geschlechts und zweiundzwanzig männliche Patienten mit Costen' Syndrom wurden verglichen mit ihren entsprechenden Kontrollgruppen. Für die statistische Auswertung wurde der Chiquadrattest benutzt.

Bei Untersuchungen BOERINGS (1966) ergab sich, dass - im Gegensatz zu Befunden in der Anglo-Amerikanischen und Skandinavischen Literatur - die Arthrosis deformans beim Costen' Syndrom ätiologisch doch eine wichtige Rolle spielt. Die Tatsache, dass 80 % der Patienten Frauen sind, wird durch diesen Befund jedoch nicht erklärt.

Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Frauen mit ihrem flüssigeren Bewegungsablauf durch Beschwerden im Kiefergelenk weit mehr behindert werden, als der Mann mit seiner mehr eckigen und steiferen Motorik.

Unsere Untersuchungen ergaben:

1. Patienten mit einem Costen' Syndrom unterscheiden sich in psychiatrischer Hinsicht nicht von anderen Kranken derselben Poliklinik, die als Kontrollgruppe dienen.

2. Psychiatrische Störungen können ein Costen' Syndrom ungünstig beeinflussen. Ein Costen' Syndrom kann andererseits Auswirkungen haben auf psychiatrische Symptome. Die gegenseitige Beeinflussung bedeutet jedoch nicht, dass die eine Symptomengruppe eine obligate Voraussetzung für die andere ist (siehe auch 3).

3. Es gibt keine spezifisch zum Costen' Syndrom gehörende Persönlichkeitsstruktur. Man findet lediglich gewisse charakterologische Merkmale, die jedoch noch im Normbereich liegen.

Bei unseren Patientinnen fanden wir häufiger als in der Kontrollgruppe Eigenschaften die - im anthropologisch-phänomenologischen Sinne (BUYTENDIJK, 1952) - als mehr weiblich zu deuten sind. Dieser Befund spricht für eine Beziehung zwischen „weiblichem Dasein“ und Costen' Syndrom. Es fanden sich mehr leichte orale Tendenzen. Das Verhältnis zum Vater war durch eine grössere Ambivalenz gekennzeichnet, die sich vielleicht auch in dem relativ späten Heiratsalter unserer weiblichen Patienten äusserte.

Auch bei den Männern fanden sich häufiger leichte orale Charakterzüge als in der Kontrollgruppe. Wie bei den weiblichen Patienten handelt es sich auch dabei um strukturelle Unterschiede, die noch im psychischen Normbereich liegen. Männliche Patienten litten im Kindesalter häufiger an Stottern.

Sowohl Männer als Frauen setzen sich relativ hohe Ziele im Leben. Während wir bei den Frauen eine ausgesprochen weibliche Motorik fanden, die die Beschwerden im Kiefergelenk deutlicher hervortreten liess, fanden wir bei den Männern eine relativ geringe Ausnutzung ihrer Muskulatur.

4. Die psychiatrische Symptomatik der Patienten mit Costen' Syndrom ist eher ein Ausdruck psychischer Spannung, als dass ihr ein Symbolwert zukäme. Doch ist es möglich, dass die Symptome sekundär in die psychiatrische Problematik eines Kranken als Symbole eingebaut werden. Eine wichtige libidinöse Bedeutung dürfte Mund und Kauwerkzeugen nur bei solchen Kranken zukommen, die ihren Orofazial-Komplex nicht richtig verarbeitet haben.

Nach unseren Untersuchungen nehmen psychogene Faktoren beim Costen' Syndrom einen weit kleineren Platz ein, als man auf Grund der vorliegenden psychiatrischen Literatur annehmen konnte.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- ABRAHAM, K. - Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. Intern. Zeitschr. Psychanal. 4 (1916) 71.
- ABRAHAM, K. - Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Leipzig-Wenen-Zürich 1924.
- ABRAHAM, K. - Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Leipzig-Wenen-Zürich 1925.
- ADAMS, A., H. HUBACH - Orale Automatie als Symptom mesodiencephaler motorischer Desintegration. Nervenarzt 31 (1960) 302.
- BALSHAN, I. D. - Muscle tension and personality in women. Arch. gen. Psychiat. 7 (1962) 436.
- BALTERS, W. - Psychology and dentistry. Int. Dent. J. 4 (1953) 224.
- BARENDREGT, J. T. - Lijders aan psychosomatische kwalen als sociaal aangepaste neurotici. Ned. T. Geneesk. 102 (1958) 2044.
- BARENDREGT, - J. T. - Research in psychodiagnostics. Den Haag, 1961.
- BASTIAANS, J. - Enkele psychiatrische aspecten van de psychosomatische specificiteit. Ned. T. Psychol. 10 (1955) 312.
- BASTIAANS, J. - Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet. Amsterdam, 1957.
- BAXTER, D. W., A. A. BAILEY - Primary reading epilepsy. Neurology 11 (1961) 445.
- BECKER, J. L. - Bruxisme. Ned. T. Tandheelk. 62 (1955) 835.
- BETTELHEIM, B. - Symbolic wounds. Puberty rites and the envious male. New York 1962.
- BLACKWOOD, H. J. J. - Arthritis of the mandibular joint. Brit. D. J. 115 (1963) 317.
- BLECOURT, J. J. DE - Reumatiekbestrijding in de noordelijke provincies. Ned. T. Geneesk. 101 (1957) 542.
- BLIJHAM, H. - Psychosomatische factoren in het steriele huwelijk. Groningen 1960.
- BOEKE, P. E. - Psychologische factoren in de tandheelkunde. Het kauwstelsel. Symposion. Amsterdam 1961.
- BOERING, G. - Arthrosis deformans van het kaakgewricht. Groningen 1966.
- BUYTENDIJK, F. J. J. - Over de pijn. Utrecht 1943.
- BUYTENDIJK, F. J. J. - Algemene theorie der menselijke houding en beweging. Utrecht-Antwerpen 1948.
- BUYTENDIJK, F. J. J. - De vrouw. Utrecht-Antwerpen 1952.
- BUYTENDIJK, F. J. J. - Automatische bewegingen. Lezing jaarvergadering Ned. Ver. Psychiat. Neur. 1963.
- CHOR, H. - Neurologic aspects of temporomandibular disorders. J. Amer. dent. Ass. & D. Cos. 25 (1938) 1033.
- COSTEN, J. B. - A Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann. Otol. Rhin. and Laryng. 34 (1934) 1.
- COSTEN, J. B. - Glossodynia: reflex irritation from the mandibular joint as the principal etiologie factor. Arch. Otol. Laryng. 22 (1935) 554.
- COSTEN, J. B. - Neuralgias and ear symptoms associated with disturbed function of the temporomandibular joint. J. Amer. med. Ass. 107 (1936) 252.

- COSTEN, J. B. - Some features of mandibular articulation as it pertains to medical diagnosis especially in otolaryngology J. Amer. dent. Ass. 24 (1937) 1507.
- COULTRE, R. LE, H. A. v. d. STERREN - Masochisme. in: Th. Hart de Ruyter- Capita Selecta uit de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Zeist-Antwerpen 1963.
- CRITCHLEY, M., W. COBB, T. A. SEARS - On reading epilepsy. Epilepsia 1 (1959) 403.
- DARWIN, CH. - Der Ausdruck der Gemütsbewegungen (Oorspr. Engels) Stuttgart 1910.
- DEUTSCH HELENE - Psychologie der Frau. Bern 1948.
- DRUKKER, J. - Buikpijn bij kinderen. Ned. T. Geneesk. 110 (1966) 577.
- ENGEL, G. L. - Primary atypical facial neuralgia Psychosom. Med. 13 (1951) 375.
- FENICHEL, O. - The psychoanalytic theory of neurosis. London 1946.
- FIEBRAND, H., F. REIMER - Masseterkrampf. Psychother. Med. Psychol. 15 (1965) 38.
- FLIESS, R. - The psycho-analytic reader. London 1950.
- FREEMAN, G. L. - Dr. Hollingworth on chewing as a technique of relaxation. Psychol. Rev. 74 (1940) 491..
- FRASER, J. G. - The golden bow (abridged edition). Londen 1940.
- FREUD, ANNA - Das Ich und die Abwehrmechanismen. Londen 1940.
- FREUD, ANNA - The psycho-analytic study of infantile feeding disturbances, in: The psycho-analytic study of the child. Vol. II Londen-New York 1946.
- FREUD, ANNA - Aggression in relation to emotional development; normal and pathological.
- FREUD, ANNA - The role of the instincts in shaping the personality. beide in: The psycho-analytic study of the child. Vol. III-IV. Londen-New York 1949.
- FREUD, S. - Studien über Hysterie (ges. Werke I). Wenen 1895.
- FREUD, S. - Bruchstück einer Hysterieanalyse (ges. Werke V). Wenen 1905.
- FREUD, S. - Totem und Tabu (ges. Werke IX). Wenen 1912.
- FREUD, S. - Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (ges. Werke V). Wenen 1920.
- FREUD, S. - Triebe und Triebsschicksale (ges. Werke X). Wenen 1915.
- FRUDA, N. H. - Gelaat en karakter. Amsterdam 1958.
- GELLHORN, E., L. THOMPSON - Muscle pain, tendon reflexes and muscular coordination in man. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 56 (1944) 209.
- GOODFRIEND, D. J. - Symptomatology and treatment of abnormalities of the mandibular articulation. Dent. Cosmos. 74 (1933) 844.
- GRINKER, R. R. - Psychosomatic Research. New York 1961.
- GRINKER, R. R., F. P. ROBBINS - Psychosomatic casebook. New York-Toronto 1954.
- GROEN, J., L. v. d. HORST, J. BASTIAANS, F. GREWEL, J. M. v. d. VALK, S. J. VLES - Grondslagen der klinische psychosomatiek. Haarlem 1951.
- GROEN, J. - De mens als psychosomatische totaliteit van reactiepatronen. Ned. T. Psychol. 10 (1955) 187.
- GROENINGEN, J. J. W. P. v. - De relatie tot de eigen tanden ontwikkelingspsychologisch gezien. Scriptie Kinderpsychologie (stencil). Groningen 1960.
- GRUHLE, H. W. - Verstehende Psychologie. Stuttgart 1948.
- GUILFORD, J. P. - Fundamental statistics in psychology and education. New York-Toronto-Londen 1956.
- HARNACK, G. A. VON - Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Stuttgart 1958.
- HART DE RUYTER, TH. - Zie onder Coultre R. le.
- HARTMANN, H., E. KRIS, R. M. LOEWENSTEIN - Notes on the theory of aggression, in: The psycho-analytic study of the child. III-IV. New York-Londen 1949.
- HEILER, F. - Erscheinungsform und Wesen der Religion. Stuttgart 1961.
- HEYER, R. E. - Der Organismus der Seele. München-Berlijn 1937.
- HEYMANS, G. - Psychologie der Frauen. Heidelberg 1924.

- HIMLER, L. E. - The psychogenic component in oral diagnosis. *J. Oral. Surg.* 16 (1958) 387.
- HOFFER, W. - Mouth, hand and ego-integration, in: *The psycho-analytic study of the child* vol. III-IV. New York-Londen 1949.
- HOLLINGWORTH, H. L. - Chewing as a technique of relaxation. *Science* 90 (1939) 385.
- HOLMES, T. H. - Muscle spasms, professional cramps and backache, in: Cecil & Loeb, *A textbook of medicine*. Philadelphia 1955.
- HORST, L. v. d. - *Psychopathologie en mensbeschouwing*. Amsterdam 1946.
- HOVING, E. W. - *Enkele aspecten van hernia nuclei pulposi lumbalis*. Groningen 1959.
- ISAKOWER, O. - A contribution to the patho-psychology of phenomena associated with falling asleep. *Int. J. Psycho-Anal.* 19 (1938) 331.
- JANSE DE JONGE, A. L. - *De mens in zijn verhoudingen*. Utrecht 1956.
- JASPAR, H. H. J., J. J. G. PRICK, K. J. M. v. d. LOO - *Enkele aspecten uit de problematiek van de psychosomatische Asthma Bronchiale*. *Ned. T. Psychol.* 10 (1955) 224.
- JESSERUN, F. - *Beschouwingen over de aetiologie van psychiatrische syndromen bij stoornissen van de temporale hersenen*. Groningen 1961.
- JONGE, H. DE - *Inleiding tot de medische statistiek*. Leiden 1961.
- KAROLYI, H. - *Zie H. Meng*.
- KESSEL, N., A. COPPEN - The prevalence of common menstrual symptoms. *Lancet* 2 (1963) 61.
- KIRCHNER LIESELOTTE - Die Schönheit der harmonischen orofacialen Beziehungen. *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 15 (1958) 865.
- KRETSCHMER, E. - *Körperbau und Charakter*. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1948.
- KRETSCHMER, E. - *Hysterie, Reflex und Instinkt*. Stuttgart 1958.
- KULENKAMPPF, C. - Über das Syndrom der Herzphobie. *Z. Psychother med. Psychol.* 14 (1964) 217.
- KUCERA, O. - On teething. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 7 (1959) 284.
- KUIPER, P. C. - Over het negatieve oedipuscomplex, in: Th. Hart de Ruyter, *Capita selecta uit de Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Zeist-Antwerpen 1963.
- KUIPER, P. C. - Bijzondere neurosenleer, in: Prick, J. J. G., H. G. v. d. Waals, *Nederlands Handboek der Psychiatrie II*. Arnhem 1963.
- KUIJPER, S. - *Enige aspecten van het vrij en dwangmatig handelen*. Groningen 1963.
- LAMPL—DE GROOT, JEANNE - Depression und Aggression, in: *Jahrbuch der Psychoanalyse*. Keulen-Opladen 1960.
- LANDA, J. S. - Preliminary survey and a new approach to the study of the temporomandibular-joint-syndromes. *Ann. Dent.* 9 (1950) 5.
- LANGEN, D. - *Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie*. Stuttgart 1956.
- LASATER, G. M. - Reading epilepsy. *Arch. Neurol.* 6 (1962) 492.
- LEONHARD, D. K. - *Ausdrucksprache der Seele*. Berlin-Tübingen-Saalgau 1949.
- LERSCH, PH. - *Aufbau der Person*. München 1954.
- LERSCH, PH. - *Gesicht und Seele*. München-Basel 1955.
- LESHNER, SAUL S. - Effects of aspiration on muscular tensions. *J. exp. Psychol.* 61 (1961) 133.
- LEWIN, B. D. - Sleep, the mouth and the dreamscreen. *Psychoanal. Quart.* 15 (1946) 419.
- LIT, A. C. - *Extrapyramidaal syndroom of situatief gedrag*. Amsterdam 1956.
- MAC DOUGALL, J. D. B., B. L. ANDREW - An electromyographic study of temporalis and masseter muscles. *J. Anat.* 87 (1953) 37.
- MENG, H. - *Psychologie in der zahnärztlichen Praxis*. Stuttgart-Bern 1952.
- MOULTON, RUTH E. - Emotional factors in periodontal disease. *Oral surg. Oral Med. Oral Path.* St. Louis 8 (1952) 833.

- MOULTON, RUTH E. - Psychiatric considerations in maxillo-facial pain. J. Amer. dent. Ass. 51 (1955) 408.
- MOULTON, RUTH E. - Oral and dental manifestations of anxiety. Psychiatry 18 (1955) 261.
- MOULTON, RUTH E. - Psychologic considerations in the treatment of occlusion. J. Prosthetic Dent. St. Louis 7 (1957) 48.
- NADLER, S. C. - Bruxism, a classification; critical review. J. Amer. dent. Ass. 54 (1957) 615.
- NORRIS, F. H., E. L. GASTEIGER, P. O. CHATFIELD - An electromyographic study of induced and spontaneous muscle cramps. Electroenceph. Clin. Neurophysiol. 9 (1957) 139.
- PEARSON, G. H. J. - The psychology of finger-sucking, tongue-sucking and other oral habits. Amer. J. Orthodont. 34 (1948) 589.
- PENFIELD, W., E. BOLDREY - Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man as studied by electrical stimulation. Brain 60 (1937) 389.
- PETERHANS, P. - Zie H. Meng.
- PIDERIT, TH. - Mimik und Physiognomik. Detmold 1867.
- PIERLOOT, R. - Algemene problemen van de klinische psychosomatiek. Utrecht 1954.
- POLLOCK, S. - The Thumb-sucking paradox. Amer. J. Orthodont. 2 (1952) 130.
- PRICK, J. J. G. - De invloed van afwijkende motoriek op het geheel der persoonlijkheid, mede in verband met de indicatie tot bewegingstherapie. Ned. T. Geneesk. 103 (1959) 489.
- PRICK, J. J. G. - Persoonlijke mededeling bij discussie lezing Buytendijk (1963) zie ald.
- RANGELL, L. - The nature of conversion. J. Amer. Psychoanal. Assoc. 7 (1959) 632.
- RANTANEN, A. V. - Über die Häufigkeit von physiologischer Subluxation im Kiefergelenk bei Jugendlichen. Suomen. Hamm. T. 50 (1954) 133.
- ROSS, G. L., HARRIET J. BENTLEY, G. W. GREENE - The psychosomatic concept in dentistry. Psychosom. Med. 15 (1953) 168.
- RÜMKE, H. C. - Tandheelkunde en Psychiatrie.
- RÜMKE, H. C. - Over afkeer van de eigen neus, beide in: Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam 1953.
- RÜMKE, H. C. - Vakantiereizen as conditionerende factor bij het ontstaan van psychische stoornissen.
- RÜMKE, H. C. - Over gronden van zekerheid in de wetenschap. (Gronden van zekerheid in de psychiatrie), beide in: Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam 1958.
- SAINSBURY, P., J. G. GIBSON - Symptoms of anxiety and tension and the accompanying physiologic changes in the muscular system. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 17 (1954) 216.
- SICHER, H. - Problems of pain in dentistry. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 7 (1954) 149.
- SICHER, H. - Structural and functional basis for disorders of the temporo-mandibular articulation. J. Oral. Surg. 13 (1955) 275.
- SCHACH SOPHUS - Physiognomische Studien (oorspr. Deense uitg. 1850). Jena 1881.
- SCHULTZ-HENCKE, H. - Einführung in die Psychoanalyse. Jena 1927.
- SCHWARTZ, R. - Zie H. Meng (1952).
- SCHWARTZ, L. L. - Pain associated with temporomandibular-joint. J. Amer. dent. Ass. 51 (1955) 393.
- SCHWARTZ, L. L. - A temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. J. Chron. Dis. 3 (1956) 284.
- SCHWARTZ, L. L. - Disorders of the temporomandibular-joint. Philadelphia-Londen 1959.

- SCHWARTZ, L. L., H. P. COBIN - Symptoms associated with the temporomandibular joint. *Oral Surg.* 10 (1957) 339.
- SIEGEL, S. - Nonparametric statistics for the behavioural sciences. Londen 1956.
- SHOBEN, E. J., L. BORLAND - An empirical study of the etiology of dental fears. *J. Clin. Psychol.* 10 (1954) 17.
- SHORE, N. A. - Recognition and recording of symptoms of temporomandibular joint dysfunction. *J. Amer. dent. Ass.* 66 (1963) 19 .
- SPITZ, R. A. - Anaclitic depression, in: *The psycho-analytic study of the child II.* Londen-New York 1946.
- SPITZ, R. A. - The primal cavity, in: *The psycho-analytic study of the child X.* Londen-New York 1955.
- SPITZ, R. A. - *La première année de la vie de l'enfant.* Parijs 1958.
- STIRNIMANN, F. - *De eerste levenservaringen van het kind (vert.).* Utrecht 1938.
- STIRNIMANN, F. - *Psychologie des neugeborenen Kindes.* Zürich 1940.
- VERNALLIS, F. F. - Teeth-grinding: some relationships to anxiety, hostility and hyperactivity. *J. Clin. Psychol.* 11 (1955) 389.
- WEISS, E., O. SPURGEON ENGLISH - *Psychosomatic medicine.* Philadelphia-Londen 1957.
- WIESER, S. - Die motorischen Schablonen des Oralsinnes. *Fortschr. Neur. Psychiat.* 23 (1955) 94.
- WILD, H. - Zie H. Meng.
- WILDE, G. J. S. - *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode.* Amsterdam 1963.
- WOLFF, H. G., S. G. WOLF - *Pain.* Springfield (Ill.) 1948.
- WOLFF, H. - *The developmental psychologies of Jean Piaget and psycho-analysis.* New York 1960.
- WRIGHT GORDON H. - The names of the parts of the body. A linguistic approach of the study of the body-image. *Brain* 79 (1956) 188.

Bijlage A

ENQUETE FORMULIER EERSTE ORIENTEREND ONDERZOEK

- | | | | | |
|---------|----------|------------|-------------|--------|
| 1. NAAM | VOORNAAM | geb. datum | geb. plaats | beroep |
|---------|----------|------------|-------------|--------|
2. Ouders
geb. datum en plaats
indien overl. in welk jr. en oorzaak
van overlijden
diploma's

beroep(en):
arbeider geschoold
 ongeschoold
landb. of veehouder
zakenman
intellectueel beroep

Kerkgenootschap:
actief
niet actief
 3. Huwelijk ouders:
gelukkig
tamelijk gelukkig
tamelijk ongelukkig
ongelukkig
 4. Wel eens moeilijkheden
tussen ouders:
nooit
weinig
normaal
voortdurend
 5. Huwelijk ouders:
gescheiden v. d. wet
gescheiden levend
één der ouders overl.
huwelijk intact
 6. Op wie van de ouders lijkt
U het meest:
sterk gelijkend op vader
beetje op vader
sterk gelijkend op moeder
beetje op moeder
 7. Broers en zusters:
geb. datum
opleiding
beroep
overleden
in welk jaar overleden
 8. Hoe dacht U als kind over het
aantal broers en zusters dat U had:
zeker te veel
misschien te veel
net goed
zeker te weinig
misschien te weinig
 9. Kreeg U borstvoeding:
langer dan 6 mnd.
korter dan 6 mnd.
onbekend
 10. Zindelijk geworden:
tussen 2e en 3e verjaard.
na 3e verjaard.
onbekend
 11. Deed U of had U of leed U als
kind aan:
duimzuigen
nagelbijten
angsten
stuipen
stotteren
bedwateren
eetmoeilijkheden
slaapwandelen
 12. Voelde U zich als kind:
gelukkig
zeer gelukkig
tamelijk gelukkig
normaal gelukkig
tamelijk ongelukkig
zeer ongelukkig
13. Als kind van 5-15 jaar of het grootste deel van deze jaren:
- | | |
|---|---|
| a. thuis: armoedig
tamelijk armoedig
normale welstand
rijk
zeer wel gesteld | b. thuis: bij eigen ouders
één stiefouder en
één echte ouder
slechts één echte ouder
(vader of moeder)
verzorgingshuis of weeshuis
pleeggezin (fam. of geen fam.) |
| c. woonde in: stad
provincieplaats
dorp
hoerderij | d. hoe vaak verhuisd |

- | | | |
|---|--|---|
| <p>c. spelen met vader en/of moeder
 nooit
 zelden
 soms
 vaak
 zeer vaak</p> | <p>f. vriendjes: veel
 weinig
 één
 ouder
 zelfde leeft.
 jonger</p> | <p>meest jongens
 meest meisjes</p> |
| <p>g. godsd. opvoeding:
 streng
 gewoon
 weinig</p> | <p>h. opvoeding:
 streng
 gewoon
 vrij</p> | |
| <p>i. straffen:
 vaak
 gewoon
 weinig
 lich. straf</p> | <p>j. gevoelens bij straf:
 verongelijkt
 schuldig
 schaamte
 verdiend</p> | |
| <p>k. vader de baas
 moeder de baas
 beide</p> | <p>l. schuldgevoelens:
 nooit
 zelden
 soms
 vaak</p> | |
| <p>m. minderwaardigheid gevoelens:
 nooit
 zelden
 soms
 vaak</p> | <p>n. moeilijkheden met vader:
 nooit
 zelden
 soms
 vaak</p> | |
| <p>o. moeilijkheden met moeder:
 nooit
 zelden
 soms
 vaak</p> | <p>p. gehechtheid aan vader:
 niet
 weinig
 gewoon
 sterk</p> | |
| <p>q. gehechtheid aan moeder:
 niet
 weinig
 gewoon
 sterk</p> | <p>r. lieveling van: vader
 moeder
 beiden
 geen van beiden</p> | |
| <p>s. voelde zich begrepen door ouders:
 ja
 nee</p> | <p>t. vonden vader en moeder U:
 een moeilijk kind
 een gemakkelijk kind</p> | |
-
14. School en onderwijs:
- | | |
|--|---|
| <p>bezocht U:
 Kleuterschool
 Lagere school
 Mulo (of Ulo)
 Vakonderwijs (Amb. school,
 Tuinb. school)
 V.G.L.O.
 B.L.O. school
 Middelb. onderwijs
 H.B.S.
 Gymn.
 Techn. school
 Hoger onderwijs
 Avondschool
 Cursussen</p> | <p>Ging U graag naar school
 Moeilijkh. op school: met onderwijzeres
 met leerlingen
 Vorderingen
 Tot welke klasse
 Gedoubleerd
 Diplomas
 Gezakt voor examens
 Voorkeurvakken: talen
 wiskunde
 Voelde U zich tevreden met
 Uw rapportcijfers
 en Uw ouders
 Lid van schoolver. of club</p> |
|--|---|

15. Sexualiteit en Huwelijk:
- a. Kreeg U seksuele voorlichting:
op welke leeftijd
zodanig dat U er wat aan had
wat werd U meegedeeld
 - b. Van wie:
vader
moeder
broer
zuster
vriend
boeken
dokter
 - c. Had U schuldgevoelens over
zelfbevrediging:
duidelijk
enigszins
weinig
geen
 - c¹ Wijze v. verwerking v. d. schuld-
gevoelens:
paranoid
hypochonder
depressief
 - d. Eerste menstruatie
eerste pollutie
eerste keer zelfbevrediging
 - e. Eerder verloofd of verkering, voor
het huwelijk; hoe vaak?
 - f. Hoe staan Uw ouders t.o.v.
Uw huwelijk:
ermee ingenomen
onverschillig
afkeurend
 - f¹ leeftijd bij het huwelijk
 - g. Partner:
eerder gehuwd
eerder verloofd
weduwe (weduwnaar)
gescheiden
 - h. Wie beheert in Uw huwelijk het geld:
U
Uw partner
 - h¹ Voelt U zich in het huwelijk:
gelukkig
weinig gelukkig
ongelukkig
 - i. Uw verhouding tot het andere ge-
slacht van 15-20 jaar was:
beperkt en moeilijk
beperkt doch niet moeilijk
niet beperkt en niet moeilijk
 - j. Sexuele ervaring 15-20 jaar:
geen
vrijwel niet
welk soort ervaring
pollutie
masturbatie
vrijage
coitus
homosex. contact
 - k. Masturbatie:
leeftijd begin
hoe geleerd
frequentie, welke leeftijd
bevrediging
techniek
welke gedachten (fantasieën erbij)
 - l. Verhouding tot het eigen
geslacht:
moeilijk en gedwongen
gemakkelijk en ongedwongen
intiem sexueel contact
bevrediging: wel niet
 - m. Geslachtsgem. in het huwelijk:
frequentie
bevrediging: wel niet
vóór het huwelijk:
frequentie
bevrediging: wel niet
buiten het huwelijk:
frequentie
bevrediging: wel niet
prostituée:
frequentie
bevrediging: wel niet

- | | |
|--|---|
| <p>n. voorspel of liefdesspel:
bezwaren
prettig
kussen
aanrakingen met de handen,
betasten</p> <p>o. Anticonceptie wanneer:
techniek
p.o.
c.i.
cond.
pess. pasta spoelen
onthouding</p> <p>q. Gevoelens en gedachten be-
treffende een bevalling:
natuurlijke gebeurtenis
griezelig
om je voor te schamen
onmenselijk (dierlijk)</p> | <p>n¹ In 't huw. liefdesspel zonder coitus:
vaak
zelden
nooit</p> <p>p. Gevoelens en gedachten betreffende
de toestand van zwangerschap als
zodanig:
prettig
ongemakkelijk
lelijk om te zien
om je te schamen
gevaarlijk voor de gezondheid
onmenselijk (dierlijk)</p> <p>r. Gevoelens en gedachten betreffende
borstvoeding:
natuurlijk en gewoon
mooi
dierlijk
ongewenst voor het figuur v. d. vrouw
nodig voor de gezondheid v. h. kind</p> |
|--|---|
-
- | | |
|---|--|
| <p>15a Hoeveel kinderen heeft U:
a. geen
b. één
c. meer dan één
d. werden bovengenoemde aan-
tallen bewust ongeveer zo
gewenst?</p> <p>15b Wanneer zijn de klachten begonnen,
waarvoor U in verband met dit on-
derzoek gekomen bent:
a. duur in maanden en jaren
uitgedrukt
b. waaraan schrijft U zelf Uw
klachten toe:
1. lichamelijke overbelasting
2. geestelijke spanningen, d.w.z.
verdriet, ruzie etc.
3. lichamelijke ziekte-toestand
4. ziet U verband met een be-
paalde gebeurtenis?
5. Is er verband met bepaalde
veranderde levensomstandig-
heden?</p> <p>15c Houding ten aanzien van het werk:
Doet U Uw werk met veel plezier
met plezier
met plichtsbe-
trachting
met tegenzin</p> | <p>16. Noem het mooiste boek dat U
ooit las
lievelingsauteur
Van welke muziek houdt U
het meest
lievelingscomponist</p> <p>17. Noem Uw hobbies
hoeveel uur per week besteedt
U eraan</p> <p>18. Wat is Uw prettigste ontspanning</p> <p>19. Bent U lid van verenigingen of
organisaties
Heeft U bestuursfuncties in ver-
enigingen of organisaties
Welke functies, welke verenigingen</p> <p>20. Kerkgenootschap
Kerkbezoek
Godsdienstige activiteit</p> <p>21. Bezocht U:
tentoonstellingen op kunstgebied
sportwedstrijden of uitvoeringen
concerten
lezingen en voordrachten</p> <p>22. Doet U aan sport. Welke sport
Musiceert U
Zingt U
Danst U</p> |
|---|--|

23. Welke van de volgende factoren vindt U het belangrijkste voor het slagen van een huwelijk:
zelfde ontwikkeling
zelfde geloof
zelfde voorkeur voor hobbies en ontspanning
zelfde culturele interesse
zelfde sexuele instelling
27. Lijdt U of heeft U geleden aan:
astma
hooikoorts
overgevoeligheid voor stoffen of voedingsmiddelen
stuiptrekkingen of toevallen
zweer aan maag of twaalfvingerige darm
aambeien
overspanning of zenuwachtigheid
slaapstoornissen (in welk opzicht)
nekpijn
rugklachten
gewrichtsklachten
buikklachten
spreekstoornissen
hoofdpijn (al of niet met misselijkheid of braken)
28. Hoe vindt U de toestand van Uw zenuwgestel:
evenwichtig of gauw uit het evenwicht
zwaarmoedig of opgewekt of wisselend
gejaagd of rustig
29. Hoe bent U tegen mensen, die U niet eerder ontmoette:
vriendelijk
op mijn hoede
vijandig
30. Hoeveel rookt U
Hoeveel alcohol gebruikt U
Gebruikt U geregeld medicijnen, slaapmiddelen
pijnstillende middelen
31. Heeft U veel vrienden en zo ja, bent U intiem met velen of met enkelen
weinig vrienden
intieme vrienden
32. Kunt U Uw gevoelens uiten:
altijd
vaak
zelden
nooit
33. Kunt U Uw gevoelens beheersen:
altijd
vaak
zelden
nooit
34. Ik geef uitdrukking aan mijn gevoelens:
altijd
vaak
zelden
nooit
Vindt U zichzelf:
gespannen
hardnekkig
verbeten
koppig
plichtsgetrouw
eerlijk
ijverig
zorgvuldig
Neigt U ertoe moeilijkheden uit de weg te gaan:
altijd
nooit
soms
35. Hoe is Uw houding t.o.v. het invullen van deze vragenlijst:
ik vond het maar matig prettig
ik vond het vervelend
ik vond het wel prettig
ik vond het niet prettig

Bijlage B.

ENQUETEFORMULIER PROEF-OPSTELLING SYNDROOM VAN COSTEN

Naam		Leeftijd	
Datum onderzoek		Geslacht	
		Gehuwd	
		Ongehuwd	
1. Sinds wanneer bestaan de klachten, zo mogelijk in jaren			1
2. Was er naar Uw mening een aanleiding tot het ontstaan der klachten			2
3. Bestaat er een uitgebreide symptomatologie			
	3. niet uitgebreid		1
	uitgebreid		2
	zeer uitgebreid		3
4. Somatische anamnese	Aard van de klachten	Wanneer, leeftijd	
a. hoofdpijn	a.	ja	nee
b. duizelingen	b.	ja	nee
c. wegrakingen	c.	ja	nee
d. zien	d.	ja	nee
e. horen	e.	ja	nee
f. ruiken	f.	ja	nee
g. proeven	g.	ja	nee
h. motorisch apparaat	h.	ja	nee
i. rug	i.	ja	nee
j. nek	j.	ja	nee
k. andere gewrichten	k.	ja	nee
m. slikken	m.	ja	nee
n. eetlust	n. slecht		1
	goed		2
	zeer goed		3
o. bijzondere eetgewoonten voorkeur bijzondere spijs		ja	nee
p. snoepen	p. geen		1
	gewoon		2
	veel		3
q. roken	q. geen		1
	gewoon		2
	veel		3
r. alcohol	r. geen		1
	gewoon		2
	veel		3
s. geneesmiddelen	s. geen		1
	gewoon		2
	veel		3
t. maagklachten	t.	ja	nee
u. galblaas	u.	ja	nee
v. darm	v.	ja	nee
w. andere buikklachten	w.	ja	nee
x. ontlasting	x.	ja	nee
y. ademhaling	y.	ja	nee
z. circulatie	z.	ja	nee
a.l. urinerwegen	a.l.	ja	nee
b.l. witte vloed	b.l.	ja	nee
c.l. operatie	c.l.	ja	nee
d.l. schedeltrauma	d.l.	ja	nee
e.l. ziekenhuisopname	e.l.	ja	nee
f.l. hoe vaak	f.l.		

Menstruatie			
g.1	Was U voorbereid op de eerste menstruatie		ja nee
g.2	Hoe beleefde U de eerste menstruatie		
	g.2	niet in de war beetje in de war war erg in de war	1 2 3 3
g.3	Heeft U klachten tijdens de menses		ja nee
g.4	Pijn	g.4	weinig meer veel
			1 2 3
g.5	Bent U geestelijk anders voor, tijdens of na de menstruatie		
	g.5	weinig meer veel	1 2 3
g.6	Bloedverlies	g.6	gewoon tamelijk veel veel
			1 2 3
g.7	Bedrust noodzakelijk		ja nee
g.8	Langdurige menses	g.8	lang langer zeer lang
			1 2 3
g.9	Regelmaat	g.9	regelmatig onregelmatig zeer onregelmatig
			1 2 3
5.	Ziekte in familie	omschrijving	vader, broer, moeder zuster tante, oom zoon dochter
a.	hoofdpijnen	a.	ja nee
b.	hoge bloeddruk	b.	ja nee
c.	maagklachten	c.	ja nee
d.	galblaasklachten	d.	ja nee
e.	darmklachten	e.	ja nee
f.	gynaecologische klachten	f.	ja nee
g.	krankzinnigheid	g.	ja nee
h.	achterlijkheid	h.	ja nee
i.	zenuwachtigheid	i.	ja nee
j.	overspanning	j.	ja nee
k.	kaakgewrichtsklachten	k.	ja nee
m.	rugklachten	m.	ja nee
n.	bronchitis/astma	n.	ja nee
o.	obstipatie	o.	ja nee
l.	andere ziekten	l.	ja nee
6.	Indien U Uw algemene waardering voor Uw ouders moest uitdrukken welk cijfer 1-10 kreeg a. vader		
	b. moeder		
7.	Werd U als klein kind door Uw omgeving als zeer druk en beweeglijk beschouwd		
		niet beweegl. nogal beweegl. zeer beweegl.	1 2 3
8.	Voelde U zich als kind meer aangetrokken tot		
		a. zelfde geslacht andere geslacht	1 2
b.	Hadden Uw ouders liever gezien dat U een ander geslacht had		ja nee
c.	Pasten Uw spelletjes bij U geslacht		ja nee

9. „Kinderneurotische verschijnselen“			
a. duimzuigen	a. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
b. nagelbijten	b. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
c. jactatio capitis	c. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
d. angsten	d. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
e. pavor nocturnus	e. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
f. stuipen	f. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
g. driftbuien	g. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
h. stotteren	h. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
i. bedwateren	i. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
j. eetmoeilijkheden	j. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
k. slaapwandelen	k. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
l. heimwee	l. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
m. geen „kinderneurotische verschijnselen“		ja	nee
10. Hoe besteedt U Uw vrije tijd. Zijn er „verdachte hobbies“		ja	nee
a.			
b.			
c.			
d.			
11. a. Werd U sexueel voorgelicht		ja	nee
b. Had U er wat aan		ja	nee
c. Kunt U gemakkelijk over het geslachtsleven praten		ja	nee
d. Denkt U dat het geslachtsleven belangrijk is		ja	nee
e. Heeft U geslachtsgemeenschap		ja	nee
f. Hoe vaak	f. weinig	1	
	meer	2	
	veel	3	
g. Schenkt het U bevrediging	g. geen	1	
	gaat wel	2	
	zeer veel	3	
h. Hoe oud was U toen U voor het eerst geslachtsgemeenschap had			
i. Hoe oud was U toen U trouwde			
j. Is er verschil tussen de mate van bevrediging voor en in het huwelijk	j.	ja	nee
k. Wat is het verschil	k. voor beter	1	
	in huw. beter	2	

12. Indien U Uw algemene waardering voor Uw partner uit moest spreken welk cijfer kreeg hij dan (1-10)
13. a. Neigt U tot sombere stemmingen of terneergeslagen ja nee
b. Bent U als regel opgewekt ja nee
14. a. Bent U gauw overstuurd ja nee
b. Bent U gauw geprikkeld ja nee
c. Bent U gespannen ja nee
d. Als iemand U iets zeer onaangenaams zegt
- d. krypt U dan op 1
wordt U gewoon 2
boos 2
wordt U driftig 3
15. a. Kon U altijd goed weg van huis ja nee
b. Sterk verlangen terugkeer jeugdwoonplaats ja nee
c. Houdt U erg veel van de plaats waar U woont ja nee
d. Woonplaats ouders grote betekenis ja nee
e. Houdt U ervan uit te zwerven ja nee
17. Als U Uzelf eens een cijfer moest geven als algemene waardering (1-10)
- a. Bent U: precies 1
gewoon netjes 2
slordig 3
- b. Dwangmatige handelingen, steeds zien of deur dicht enz. ja nee
18. a. Handgeven a. stevig 1
niet zo stevig 2
slap 3
- b. Spel van de kaakspieren b. geen 1
weinig 2
veel 3
- c. Mondbewegingen, klikken met gebit, lippen zuigen enz. c. geen 1
weinig 2
veel 3
- d. Manifest nagelbijten d. geen 1
weinig 2
veel 3
- e. Hand aan het gezicht e. geen 1
weinig 2
veel 3
- t. Algemene motorische onrust t. geen 1
weinig 2
veel 3
- g. Stemming g. opgewekt 1
minder opgewekt 2
gelijkmatig 3
iets somber 4
duidelijk somber 5
- h. Onecht gedrag h. echt 1
minder echt 2
niet helemaal 3
echt 3
iets onecht 4
uitgespr. onecht 5
- i. Vegetatieve labiliteit ja nee
- j. Ontevreden met de vrouwelijke rol, mannelijke rol ja nee
- k. Aspiratieniveau k. zeer laag 1
laag 2
gemiddeld 3
hoog 4
zeer hoog 5

- | | | | |
|---|---------------------|----|-----|
| l. Het brengen der klachten | l. zakelijk | 1 | |
| | niet zakelijk | 2 | |
| m. Bestaat er een hypochondere instelling | m. | ja | nee |
| n. Is er een bepaalde volgorde in het verloop der lichamelijke klachten | n. | ja | nee |
| 19. Hecht U betekenis aan een gaaf gebit | helemaal niet | 1 | |
| | weinig | 2 | |
| | meer | 3 | |
| | veel | 4 | |
| | heel veel | 5 | |
| 20. Wat vindt U de belangrijkste functie van de mond: | eten | 1 | |
| | schelden | 2 | |
| | drinken | 3 | |
| | praten | 4 | |
| | zoenen | 5 | |
| | ademhalen | 6 | |
| | lachen | 7 | |
| | snoepen | 8 | |
| | zingen | 9 | |
| 21. Als U naar de tandarts moet bent U dan geneigd | het uit te stellen: | | |
| | niet uitstel | 1 | |
| | kort uitstel | 2 | |
| | wel uitstel | 3 | |
| 22. Hoe vindt U het als iemand, die U na staat een kunstgebit krijgt: | mooi | 1 | |
| | medelijden | 2 | |
| | afschuw | 3 | |
| | gewoon | 4 | |
| 23. Als U tot handtastelijkheden zou komen, waar zou U iemand slaan: | ogen | 1 | |
| | mond | 2 | |
| | wangen | 3 | |
| | borst | 4 | |
| | buik | 5 | |
| | achterste | 6 | |
| 24. Als U geslagen wordt, waar vindt U het dan het ergst: | ogen | 1 | |
| | mond | 2 | |
| | wang | 3 | |
| | borst | 4 | |
| | buik | 5 | |
| | achterste | 6 | |
| 25. Als U met iemand niets te maken wilt hebben geeft U het dan te kennen door: | het te zeggen | 1 | |
| | door de mond | | |
| | houden | 2 | |
| 26. Als U last van Uw mond heeft voelt U zich dan ernstig gehandicapt: | niet | 1 | |
| | heel weinig | 2 | |
| | weinig | 3 | |
| | erg | 4 | |
| | heel erg | 5 | |

27. Bent U geneigd als U een kind zou hebben. te bewaren:
- | | |
|------------|---|
| een tandje | 1 |
| schoentje | 2 |
| haarlok | 3 |
28. Hoe beleeft U de toekomstige achteruitgang van Uw gebit:
- | | |
|----------------|---|
| niet erg | 1 |
| een beetje erg | 2 |
| erg | 3 |
| erger | 4 |
| heel erg | 5 |

Bijlage C

Het onderzoek met de A(msterdamse) B(iografische) V(ragenlijst)

1. Een groep van 50 lijders aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) vergeleken met een groep van 50 controlepatienten (41 vrouwen en 9 mannen).

			Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	19	21	0.17
Neuroticisme-score	$>$	50	31	29	
Neurosomatische-score	\leq	50	17	21	0.68
Neurosomatische-score	$>$	50	33	29	
Extraversie-score	\leq	50	27	18	3.27
Extraversie-score	$>$	50	23	32	
Testattitude-score	\leq	50	23	22	0.04
Testattitude-score	$>$	50	27	28	

2. Een groep van 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 41 vrouwelijke controlepatienten.

			Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	16	17	0.05
Neuroticisme-score	$>$	50	25	24	
Neurosomatische-score	\leq	50	16	18	0.20
Neurosomatische-score	$>$	50	25	23	
Extraversie-score	\leq	50	23	14	3.99*
Extraversie-score	$>$	50	18	27	
Testattitude-score	\leq	50	19	16	0.45
Testattitude-score	$>$	50	22	25	

3. Een groep van 22 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 22 mannelijke controlepatienten.

			Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	8	10	0.10
Neuroticisme-score	$>$	50	14	12	
Neurosomatische-score	\leq	50	6	10	0.88
Neurosomatische-score	$>$	50	16	12	
Extraversie-score	\leq	50	12	11	0.09
Extraversie-score	$>$	50	10	11	
Testattitude-score	\leq	50	9	9	0.00
Testattitude-score	$>$	50	13	13	

4. Een groep van 22 mannelijke lijdende aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 41 vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen.

			Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	8	16	0.00
Neuroticisme-score	$>$	50	14	25	
Neurosomatische-score	\leq	50	6	16	0.44
Neurosomatische-score	$>$	50	16	25	
Extraversie-score	\leq	50	12	23	0.00
Extraversie-score	$>$	50	10	18	
Testattitude-score	\leq	50	9	19	0.03
Testattitude-score	$>$	50	13	22	

5. Een groep van 50 lijdende aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) vergeleken met een groep van 50 personen die representatief te achten is voor de Nederlandse bevolking.

			Syndroom van Costen	Ned. bevolking	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	19	25	2.88
Neuroticisme-score	$>$	50	31	25	
Neurosomatische-score	\leq	50	17	25	5.12*
Neurosomatische-score	$>$	50	33	25	
Extraversie-score	\leq	50	27	25	0.32
Extraversie-score	$>$	50	23	25	
Testattitude-score	\leq	50	23	25	0.32
Testattitude-score	$>$	50	27	25	

6. Een groep van 41 vrouwelijke lijdende aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 41 vrouwen die representatief te achten is voor de Nederlandse vrouwen.

			Syndroom van Costen	Ned. vrouwen	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	16	20.5	1.98
Neuroticisme-score	$>$	50	25	20.5	
Neurosomatische-score	\leq	50	16	20.5	1.98
Neurosomatische-score	$>$	50	25	20.5	
Extraversie-score	\leq	50	23	20.5	0.61
Extraversie-score	$>$	50	18	20.5	
Testattitude-score	\leq	50	19	20.5	0.22
Testattitude-score	$>$	50	22	20.5	

7. Een groep van 22 mannelijke lijdende aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 22 mannen die representatief te achten is voor de Nederlandse mannen.

			Syndroom van Costen	Ned. mannen	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	8	11	1.64
Neuroticisme-score	$>$	50	14	11	
Neurosomatische-score	\leq	50	6	11	4.55*
Neurosomatische-score	$>$	50	16	11	
Extraversie-score	\leq	50	12	11	0.18
Extraversie-score	$>$	50	10	11	
Testattitude-score	\leq	50	9	11	0.73
Testattitude-score	$>$	50	13	11	

8. Een groep van 50 controlepatiënten (41 vrouwen en 9 mannen) vergeleken met een groep van 50 personen die representatief te achten is voor de Nederlandse bevolking.

			Controle	Ned. bevolking	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	21	25	1.28
Neuroticisme-score	$>$	50	29	25	
Neurosomatische-score	\leq	50	21	25	1.28
Neurosomatische-score	$>$	50	29	25	
Extraversie-score	\leq	50	18	25	3.92*
Extraversie-score	$>$	50	32	25	
Testattitude-score	\leq	50	22	25	0.72
Testattitude-score	$>$	50	28	25	

9. Een groep van 41 vrouwelijke controlepatiënten vergeleken met een groep van 41 vrouwen die representatief te achten is voor de Nederlandse vrouwen.

			Controle	Ned. vrouwen	χ^2
Neurosomatische-score	$>$	50	17	20.5	1.20
Neurosomatische-score	\leq	50	24	20.5	
Neuroticisme-score	$>$	50	18	20.5	0.61
Neuroticisme-score	\leq	50	23	20.5	
Extraversie-score	\leq	50	14	20.5	4.12*
Extraversie-score	$>$	50	27	20.5	
Testattitude-score	\leq	50	16	20.5	1.98
Testattitude-score	$>$	50	25	20.5	

10. Een groep van 22 mannelijke controlepatienten vergeleken met een groep van 22 mannen die representatief te achten is voor de Nederlandse mannen.

			Controle	Ned. mannen	χ^2
Neuroticisme-score	\leq	50	10	11	0.18
Neuroticisme-score	$>$	50	12	11	
Neurosomatische-score	\leq	50	10	11	0.18
Neurosomatische-score	$>$	50	12	11	
Extraversie-score	\leq	50	11	11	0.00
Extraversie-score	$>$	50	11	11	
Testattitude-score	\leq	50	9	11	0.73
Testattitude-score	$>$	50	13	11	

* χ^2 waarde, die een significant verschil aangeeft op tenminste 5 % niveau.

Bijlage D.

Resultaten van het onderzoek met de „eigen” vragenlijst.

D 1. Een groep van 50 lijders aan het Syndroom van Costen (41 vrouwen en 9 mannen) vergeleken met een groep van 50 controlepatienten (41 vrouwen en 9 mannen).

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Leeftijd:			
11—20 jaar	16	17	3.40
21—30 jaar	23	15	df = 2 ¹⁾
31 jaar en ouder	11	18	
Gehuwd	22	26	0.64
Klachten langer dan 1 jaar	41	10	38.45*
Voor de patient begrijpelijke oorzaak	17	45	33.28*
Symptomen:			
niet uitgebreid	23	26	1.87
uitgebreid	17	11	df = 2 ¹⁾
zeer uitgebreid	10	13	
Somatische anamnese:			
a. hoofdpijn	29	21	2.56
b. duizelingen	24	13	6.08*
c. wegrakingen	8	5	0.36
d. zien	3	4	fe < 5 ²⁾
e. horen	9	2	3.67
f. ruiken	1	3	fe < 5 ²⁾
g. proeven	1	0	fe < 5 ²⁾
h. motorische apparatuur	3	1	fe < 5 ²⁾
i. rug	23	10	7.64*
j. nek	11	1	7.67*
k. andere gewrichten dan het kaakgewricht	14	6	4.00*
m. slikken	6	4	0.11
n. eetlust:			
slecht	9	5	1.36
goed	30	32	df = 2 ¹⁾
zeer goed	11	13	
o. bijzondere eetgewoonten	11	12	0.01
p. snoepen:			
geen	16	16	0.22
gewoon	31	32	df = 2 ¹⁾
veel	3	2	
q. roken:			
geen	22	31	3.32
gewoon	23	15	df = 2 ¹⁾
veel	5	4	
r. alcohol:			
geen	33	35	0,18
gewoon	16]	15]	
veel	1]	0]	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
s. geneesmiddelen:			
geen	24	30	4.34
gewoon	17	8	df = 2 ¹⁾
veel	9	12	
t. maagklachten	9	5	0.74
u. galblaas	5	6	0.00
v. darm	3	1	fe < 5 ²⁾
w. andere buikklachten	3	1	fe < 5 ²⁾
x. ontlasting	9	5	0.74
y. ademhaling	12	10	0.23
z. circulatie	4	4	0.00
al. urinewegen	5	2	fe < 5 ²⁾
cl. operatie	24	14	4.24 ³⁾
dl. schedeltrauma	8	9	0.00
el. ziekenhuisopname	33	26	2.03
fl. ziekenhuisopname meer dan eens	15	10	1.33
Ziekten in familie:			
a. hoofdpijn	33	31	0.17
b. hoge bloeddruk	14	14	0.00
c. maagklachten	18	13	1.17
d. galblaas	12	12	0.00
e. darmklachten	0	1	fe < 5 ²⁾
f. gynaecologische klachten	8	4	0.93
g. krankzinnig	4	4	0.00
h. achterlijk	5	6	0.00
i. zenuwachtig	22	25	0.36
j. overspannen	11	10	0.00
k. gewrichtsklachten	16	6	5.83 ³⁾
l. rugklachten	18	9	4.11 ⁴⁾
m. bronchitis of astma	13	12	0.05
n. obstipatie	7	3	1.00
o. andere ziekten	13	7	2.25
Algemene waardering vader:			
goed	38	35	5.82
voldoende	6	14	df = 2 ¹⁾
onvoldoende	5	0	
Algemene waardering moeder:			
goed	42	43	2.21
voldoende	4	6	df = 2 ¹⁾
onvoldoende	4	1	
Als klein kind:			
niet beweeglijk	18	20	0.80
nogal beweeglijk	18	19	df = 2 ¹⁾
zeer beweeglijk	14	10	
Als kind aangetrokken tot:			
hetzelfde geslacht	39	36	0.30
het andere geslacht	10	12	
Ouders liever gezien dat ander geslacht	4	4	0.00
Spel passen bij geslacht	43	46	0.92
Duimzuigen	16	15	0.04

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Nagelbijten:			
geen	33	35	2.26 df = 2 ¹)
weinig)	7	10	
meer)			
veel	10	5	
Jactatio capitis:			
weinig	0	0	0.00
veel	2	2	
Angsten	8	9	0.00
Pavor nocturnus:			
geen	40	46	3.22 df = 2 ¹)
weinig)	4	1	
meer)			
veel	6	3	
Stuipen:			
weinig	0	1	0.00
meer	0	0	
Driftbuien	8	13	1.51 fe < 5 ²)
Stotteren	1	2	
Bedwateren:			
geen	44	41	0.32
weinig	0]	3]	
meer)	6]	6]	
veel)			
Eetmoeilijkheden	11	11	0.00
Slaapwandelen	4	4	0.00
Heimwee	16	10	1.87
Geen „kinderneurotische verschijnselen“	7	11	0.61
„Verdachte hobbies“	23	15	2.71
Sexuele voorlichting	22	16	1.53
Wat aan voorlichting hebben	19	14	1.13
Makkelijk over sexuele leven praten	29	34	1.08
Geslachtsleven belangrijk	40	45	1.29
Geslachtsgemeenschap uitoefenen	25	31	1.42
Frequentie geslachtsgemeenschap:			
weinig	13	12	0.95
meer)	12	19	
veel)			
Bevrediging geslachtsgemeenschap:			
geen	4	4	fe < 5 ²)
gaat wel)	21	27	
zeer veel)			
Eerste coitus:			
10-20 jaar	9	9	0.01
21-30 jaar	16	20	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Huwelijksleeftijd:			
10-20 jaar	4	1	fe < 5%)
21-30 jaar	18	25	
Coitus voor het huwelijk	13	17	0.31
Verschil sexuele bevrediging:			
in en voor het huwelijk	5	13	2.61
voor beter	3	3	fe < 5%)
in huwelijk beter	2	10	
Algemene waardering partner:			
onvoldoende)	6	4	fe < 5%)
voldoende)			
goed	29	38	
Neiging tot sombere stemming	24	14	4.24*
Als regel opgewekt	29	39	4.60*
Gauw overstuur	21	21	0.00
Gauw geprikkeld	27	26	0.03
Gespannen	26	19	1.98
Als iemand iets onaangenaams zegt:			
opkroppen	22	22	3.31 df = 2 ¹⁾
gewoon boos	26	21	
driftig	2	7	
Goed weg van huis	28	38	4.46*
Verlangen jeugdwoonplaats	14	7	2.95
Houden van eigen woonplaats	38	40	0.23
Grote betekenis woonplaats ouders	20	19	0.05
Omwervens	14	10	0.88
Zelfwaardering:			
onvoldoende	10	5	5.35 df = 2 ¹⁾
voldoende	30	28	
goed	7	16	
precies	14	15	0.01
gewoon netjes	36]	34]	
slordig	0]	0]	
dwangmatige trekken	27	28	0.05
Handgeven:			
stevig	24	37	7.66*
niet zo stevig	18	7	
slap	7	6	
Spel van de kauwspieren:			
geen	43	47	fe < 5%)
weinig	4]	2]	
veel	1]	1]	
Overtollige mondbewegingen:			
geen	10	6	9.06*
weinig	16	31	
veel	24	13	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Manifest nagelbijten:			
geen	46	49	$fe < 5^2)$
weinig	1	1	
veel	2	0	
Veel met hand aan het gezicht:			
geen	32	38	1.38 $df = 2^1)$
weinig	5	4	
veel	13	18	
Algemene motorische onrust:			
geen	6	8	0.34 $df = 2^1)$
weinig	29	28	
veel	15	14	
Stemming:			
minder opgewekt)			8.35* $df = 2^1)$
opgewekt)	19	33	
gelijkmatig	13	9	
iets somber)	18	8	
duidelijk somber)			
Echt-onecht:			
echt	15	29	7.99* $df = 2^1)$
minder echt			
niet helemaal echt	10	8	
uitgesproken onecht)	24	13	
iets onecht)			
Vegetatieve labiliteit	40	35	1.33
Ontevreden met vrouwelijke of mannelijke rol	5	5	0.00
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	5	19	11.36* $df = 2^1)$
hoog	11	9	
zeer hoog	34	21	
Klachten brengen:			
zakelijk	46	48	$fe < 5^1)$
niet zakelijk	4	2	
Hypochondere instelling	12	13	0.05
„Reeks” in de opeenvolgende klachten	30	3	32.97*
Betekenis gaaf gebit:			
helemaal niet)	0	2	1.10
weinig)			
meer)	10	4	
veel)	40	43	
heel veel)			
Belangrijkste functie mond:			
eten)	16	25	3.73 $df = 2^1)$
drinken)			
snoepen)			
praten)	19	13	
lachen)			
zingen)			
ademhalen	15	11	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Tandarts:			
niet uitstellen	26	24	0.17 df = 2 ¹⁾
kort uitstellen	3	3	
lang uitstellen	21	23	
Kunstgebit nastaaude:			
mooi	2	9	5.22 df = 2 ¹⁾
medelijden)	11	12	
afschuw)			
gewoon	36	29	
Anderen slaan:			
hoofd	20	15	1.09
rest lichaam	30	35	
Erg vinden geslagen te worden:			
hoofd	30	38	2.57
rest lichaam	19	12	
Met iemand niets te maken willen hebben:			
zeggen	25	21	0.65
mond houden	25	29	
Als last van de mond gehandicapt:			
niet)	22	15	2.65 df = 2 ¹⁾
heel weinig)			
weinig)			
erg)	13	13	
heel erg	15	22	
Van kind bewaren:			
tandje	24	17	2.29 df = 2 ¹⁾
schoentje	7	7	
haarlokje	19	26	
Toekomstige achteruitgang gebit:			
niet erg)	8	11	1.12 df = 2 ¹⁾
een beetje erg)			
erg)	16	18	
erger)			
heel erg	26	21	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

²⁾ fe < 5, d.w.z. de χ^2 -test kan niet worden toegepast.

*) χ^2 -waarde die een significant verschil aangeeft op ten minste 5 % niveau.

D 2. Een groep van 41 vrouwelijke lijdere aan het Syndroom van Costen ver-
geleken met een groep van 41 vrouwelijke controlepatiente

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Leeftijd:			
11-20 jaar	13	13	0.83 df = 2 ¹⁾
21-30 jaar	18	14	
31 en ouder	10	14	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Gehuwd	18	22	0.78
Klachten langer dan 1 jaar	34	8	33.00*
Voor de patient begrijpelijke oorzaak	11	36	31.16*
Symptomen:			
niet uitgebreid	21	21	1.60
uitgebreid	12	8	df = 2 ¹⁾
zeer uitgebreid	8	12	
Somatische anamnese:			
a. hoofdpijn	25	19	1.77
b. duizelingen	18	12	1.89
c. wegrakingen	8	4	0.88
d. zien	3	4	fe < 5 ²⁾
e. horen	8	2	2.85
f. ruiken	0	1	0.00
g. proeven	1	0	0.00
h. motorische apparatuur	3	1	fe < 5 ²⁾
i. rugklachten	19	10	4.32*
j. nekkklachten	9	1	5.58*
k. andere gewrichten dan het kaakgewricht:	11	6	1.19
m. slikken	4	4	0.00
n. eetlust:			
slecht	8	5	1.07
goed	22	26	df = 2 ¹⁾
zeer goed	11	10	
o. bijzondere eetgewoonten	9	10	0.00
p. snoepen:			
geen	12	10	1.45
gewoon	26	30	df = 2 ¹⁾
veel	3	1	
q. roken:			
geen	20	27	2.47
gewoon	17	11	df = 2 ¹⁾
veel	4	3	
r. alcohol:			
geen	29	31	0.25
gewoon	12	10	
veel	0	0	
s. geneesmiddelen:			
geen	20	22	1.76
gewoon	13	8	df = 2 ¹⁾
veel	8	11	
t. maagklachten	8	4	0.88
u. galblaas	5	6	0.00
v. darm	3	1	fe < 5 ²⁾
w. andere buikkklachten	3	1	fe < 5 ²⁾
x. ontlasting	8	5	0.18
y. ademhaling	11	8	0.27
z. circulatie	4	4	0.00

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
al. urinewegen	5	2	fe < 5 ²)
b1. witte vloed	20	14	1.81
c1. operatie	21	12	4.10*
d1. schedeltrauma	5	8	0.18
e1. ziekenhuisopname	29	20	4.10*
f1. ziekenhuisopname meer dan eens	13	9	1.00
g1. voorbereid op eerste menstruatie	26	21	1.24
g2. beleven eerste menstruatie:			
niet in de war	26	24	0.48
beetje in de war	10	13	df = 2 ¹)
erg in de war	4	4	
g3. klachten tijdens menses	27	19	3.71
g4. pijn bij menses:			
geen	12	8	2.94
weinig	12	19	df = 3
meer	2	3	
veel	14	11	
g5. bij menses geestelijk anders:			
geen	22	16	3.95
weinig	9	18	df = 3
meer	4	4	
veel	5	3	
g6. bloedverlies:			
gewoon	23	27	0.61
tamelijk veel	7	6	df = 2 ¹)
veel	10	8	
bedrust noodzakelijk:	11	11	0.00
g7. lengte menses:			
gewoon	27	27	3.78
lang	8	13	df = 2 ¹)
langer	0	0	
zeer lang	5	1	
g8. regelmaat:			
regelmatig	34	33	0.16
onregelmatig	3	8	
zeer onregelmatig	3	0	
Ziekten familie:			
a. hoofdpijn	26	24	0.21
b. hoge bloeddruk	10	13	0.54
c. maagklachten	14	12	0.22
d. galblaas	10	10	0.00
e. darmklachten	0	0	0.00
f. gynaecologische klachten	8	4	0.88
g. krankzinnig	4	4	0.00
h. achterlijk	5	5	0.00
i. zenuwachtig	19	22	0.44
j. overspannen	9	9	0.00

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
k. gewrichtsklachten	13	6	3.34
l. rugklachten	15	9	2.12
m. bronchitis of astma	12	9	0.58
n. obstipatie	7	3	1.03
o. andere ziekten	11	6	1.19
Algemene waardering: vader:			
goed	32	28	8.27* df = 2 ¹⁾
voldoende	4	12	
onvoldoende	4	0	
Algemene waardering: moeder:			
goed	35	36	1.15 df = 2 ¹⁾
voldoende	3	4	
onvoldoende	3	1	
Als klein kind:			
niet beweeglijk	14	16	1.61 df = 2 ¹⁾
nogal beweeglijk	14	17	
zeer beweeglijk	13	8	
Als kind aangetrokken tot:			
hetzelfde geslacht	30	29	0.20
het andere geslacht	10	12	
Ouders liever gezien dat ander geslacht	4	4	0.00
Spel passen bij geslacht	35	38	fe < 5 ²⁾
Duimzuigen:	13	13	
Nagelbijten:			
geen	28	27	0.95 df = 2 ¹⁾
weinig)	6	9	
meer)			
veel	7	5	
Jactatio capitis:			
weinig	0	0	fe < 5 ²⁾
veel	2	1	
Angsten:	5	8	0.37
Pavor nocturnus:			
geen	34	37	1.27 df = 2 ¹⁾
weinig)	3	1	
meer)			
veel	4	3	
Stuipen:			
weinig	0	1	0.00
meer	0	0	
Driftbuien	6	10	0.67 fe < 5 ²⁾
Stotteren	0	2	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Bedwateren:			
geen	38	33	1.68
weinig	0	3	
meer)	3	5	
veel)			
Eetmoeilijkheden	10	9	0.00
Slaapwandelen	3	4	fe < 5 ^a)
Heimwee	13	9	1.00
Geen „kinderneurotische verschijnselen“	4	9	1.46
„Verdachte hobbies“	23	15	3.13
Sexuele voorlichting	21	15	1.78
Wat aan voorlichting hebben	18	13	1.30
Makkelijk over seksuele leven praten	24	28	0.84
Geslachtsleven belangrijk	34	37	0.42
Geslachtsgemeenschap uitoefenen	21	25	0.79
Frequentie geslachtsgemeenschap:			
weinig	12	9	1.29
meer)	9	16	
veel)			
Bevrediging geslachtsgemeenschap:			
geen	4	4	fe < 5 ^a)
gaat wel)	17	21	
zeer veel)			
Eerste coïtus:			
10—20 jaar	7	5	0.29
21—30 jaar	14	18	
Huwelijksleeftijd:			
10-20 jaar	4	1	fe < 5 ^a)
21-30 jaar	14	21	
Coïtus voor het huwelijk	9	14	0.34
Verskil seksuele bevrediging:			
in en voor huwelijk	4	10	1.44
voor beter	3	1	fe < 5 ^a)
in huwelijk beter	1	9	
Algemene waardering partner:			
onvoldoende)	5	4	fe < 5 ^a)
voldoende)			
goed	24	31	
Neigen tot sombere stemming	20	13	2.48
Als regel opgewekt	23	34	6.96*
Gauw overstuur	19	21	0.20
Gauw geprikkeld	24	20	0.78
Gespannen	23	16	2.40
Als iemand iets onaangenaams zegt:			
opkroppen	19	20	1.76 df = 2 ¹)
gewoon boos	20	16	
driftig	2	5	

	Syndroom van Costen	Controle	Z^2
Goed weg van huis	20	33	9.02*
Verlangen jeugdwoonplaats	13	6	2.46
Houden van eigen woonplaats	33	34	0.00
Grote betekenis woonplaats ouders	20	15	1.24
Omzwerven	9	9	0.00
Zelfwaardering:			
onvoldoende	9	5	3.94
voldoende	24	23	df = 2 ¹)
goed	5	12	
precies	12	13	0.06
gewoon netjes	29	28	
slordig	0	0	
dwangmatige trekken	23	23	0.05
Handgeven:			
stevig	20	31	8.79*
niet zo stevig	15	4	df = 2 ¹)
slap	5	6	
Spel kauwspieren:			
geen	34	39	fe < 5 ²)
weinig	4	1	
veel	1	1	
Overtollige mondbewegingen:			
geen	8	6	4.06
weinig	15	24	df = 2 ¹)
veel	18	11	
Manifest nagelbijten:			
geen	37	40	fe < 5 ²)
weinig	1	1	
veel	2	0	
Veel met hand aan het gezicht:			
geen	25	20	1.42
weinig	4	4	df = 2 ¹)
veel	12	17	
Algemene motorische onrust:			
geen	5	3	0.88
weinig	25	24	df = 2 ¹)
veel	11	14	
Stemming:			
opgewekt)	18	28	5.04
minder opgewekt)			df = 2 ¹)
gelijkmatig	10	5	
iets somber)	13	8	
duidelijk somber)			
Echt-onecht:			
echt)	9	21	7.58*
minder echt)			df = 2 ¹)
niet helemaal echt	8	7	
iets onecht)	23	13	
uitgesproken onecht)			

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Vegetatieve labiliteit	33	31	0.29
Ontevreden met vrouwelijke of mannelijke rol	5	5	0.00
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	2	12	9.64* df = 2 ¹⁾
hoog	9	9	
zeer hoog	30	19	
Klachten brengen:			
zakelijk	39	39	0.00
niet zakelijk	2	2	
Hypochondere instelling	9	11	0.25
„Reeks van opeenvolgende klachten”	26	3	28.22*
Betekenis gaaf gebit:			
helemaal niet)	0	2	2.20
weinig)			
meer)	9	2	
veel)	32	36	
heel veel)			
Belangrijkste functie mond:			
eten)	12	17	1.72 df = 2 ¹⁾
drinken)			
snoepen)			
praten)	18	13	
lachen)			
zingen)			
ademhalen	11	10	
Tandarts:			
niet uitstellen	20	19	0.06 df = 2 ¹⁾
kort uitstellen	3	3	
lang uitstellen	18	19	
Kunstgebit nastaaude:			
mooi	2	6	3.35 df = 2 ¹⁾
medelijden)	9	12	
afschuw)			
gewoon	30	23	
Anderen slaan:			
hoofd	18	10	3.48
rest lichaam	23	31	
Erg vinden geslagen te worden:			
hoofd	24	30	1.62
rest lichaam	16	11	
Met iemand niet te maken willen hebben:			
zeggen	21	19	0.20
mond houden	20	22	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Als last van de mond gehandicapt:			
niet)	20	12	3.30 df = 2 ¹⁾
heel weinig)			
weinig)			
erg)	9	12	
heel erg	12	17	
Van kind bewaren:			
tandje	20	16	0.86 df = 2 ¹⁾
schoentje	4	4	
haarlok	17	21	
Toekomstige achteruitgang gebit:			
niet erg)	7	8	1.28 df = 2 ¹⁾
een beetje erg)			
erg)	12	16	
erger)			
heel erg	22	17	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

²⁾ fe < 5, d.w.z. de χ^2 -test kan niet worden toegepast.

*) χ^2 -waarde die een significant verschil aangeeft op ten minste 5 % niveau.

D3. Een groep van 22 mannelijke lijdende aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 22 mannelijke controlepatiënten.

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Leeftijd:			
11—20 jaar	3	4	0.18 df = 2 ¹⁾
21—30 jaar	6	6	
31 en ouder	13	12	
Gehuwd	17	13	0.94
Klachten langer dan 1 jaar	16	2	15.89*
Voor de patient begrijpelijke oorzaak	8	19	9.58*
Symptomen:			
niet uitgebreid	15	18	1.14 df = 2 ¹⁾
uitgebreid	3	2	
zeer uitgebreid	4	2	
Somatische anamnese:			
a. hoofdpijn	12	9	0.82
b. duizelingen	11	6	1.53
c. wegrakingen	4	1	fe < 5 ²⁾
d. zien	3	1	fe < 5 ²⁾
e. horen	7	1	fe < 5 ²⁾
f. ruiken	3	0	fe < 5 ²⁾
g. proeven	0	0	0.00
h. motorische apparatuur	1	1	0.00
i. rug	10	5	1.62
j. nek	5	2	fe < 5 ²⁾
k. andere gewrichten dan het kaakgewricht	5	3	fe < 5 ²⁾
m. slikken	3	2	fe < 5 ²⁾

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
n. eetlust:			
slecht	2	2	0.10
goed	11	12	df = 2 ¹⁾
zeer goed	9	8	
o. bijzondere eetgewoonten	8	4	1.03
p. snoepen:			
geen	8	11	0.38
gewoon	12]	10]	
veel	2]	1]	
q. roken:			
geen	4	7	0.48
gewoon	16]	14]	
veel	2]	1]	
r. alcohol:			
geen	4	9	1.75
gewoon	16]	11]	
veel	2]	2]	
s. geneesmiddelen:			
geen	5	13	6.92*
gewoon	11	4	df = 2 ¹⁾
veel	6	5	
t. maagklachten	9	5	0.94
u. galblaas	0	1	fe < 5 ²⁾
v. darm	2	1	fe < 5 ²⁾
w. andere buikklachten	2	0	fe < 5 ²⁾
x. ontlasting	4	1	fe < 5 ²⁾
y. ademhaling	9	5	0.94
z. circulatie	3	3	0.00
al. urinewegen	1	0	0.00
bl. witte vloed	0	0	0.00
cl. operatie	13	7	3.30
dl. schedeltrauma	3	3	0.00
e1. ziekenhuisopname	17	12	1.62
fl. ziekenhuisopname meer dan eens	8	5	0.44
Ziekte familie:			
a. hoofdpijn	7	9	0.10
b. hoge bloeddruk	3	7	1.16
c. maagklachten	4	6	0.13
d. galblaas	5	2	fe < 5 ²⁾
e. darmklachten	2	0	fe < 5 ²⁾
f. gynaecologische klachten	1	3	fe < 5 ²⁾
g. krankzinnig	1	4	fe < 5 ²⁾
h. achterlijk	3	3	0.00
i. zenuwachtig	8	6	0.10
j. overspannen	3	3	0.00
k. gewrichtsklachten	7	2	2.24
l. rugklachten	5	6	0.00
m. bronchitis of astma	6	4	0.13
n. obstipatie	1	1	0.00
o. andere ziekten	4	3	fe < 5 ²⁾

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Algemene waardering vader:			
goed	16	14	0.13
voldoende	5]	5]	
onvoldoende	1]	1]	
Algemene waardering moeder:			
goed	18	19	fe < 5%)
voldoende	4	3	
onvoldoende	0	0	
Als klein kind:			
niet beweeglijk	8	7	4.65 df = 2 ¹)
nogal beweeglijk	7	13	
zeer beweeglijk	7	2	
Als kind aangetrokken tot:			
hetzelfde geslacht	19	20	fe < 5%)
het andere geslacht	2	1	
Ouders liever gezien dat ander geslacht	0	1	0.00
Spel passen bij geslacht	20	22	fe < 5%)
Duimzuigen	1	6	fe < 5%)
Nagelbijten:			
geen	15	13	0.54 df = 2 ¹)
weinig)	4	6	
meer)			
veel	3	3	
Jactatio capitis:			
weinig	1	1	0.00
veel	1	1	
Angsten	5	3	fe < 5%)
Pavor nocturnus:			
geen	17	21	fe < 5%)
weinig)	4]	1]	
meer)			
veel	1]	0]	
Stuipen:			
weinig	0	1	0.00
meer	0	1	
Driftbuien	5	3	fe < 5%)
Stotteren	6	1	fe < 5%)
Bedwateren:			
geen	19	17	fe < 5%)
weinig	0	1	
meer)	3	4	
veel)			
Eetmoeilijkheden	3	0	fe < 5%)
Slaapwandelen	0	0	0.00
Heimwee	3	2	fe < 5%)
Geen „kinderneurotische verschijnselen“	5	4	fe < 5%)

	Syndroom van Costen	Controle	z^2
„Verdachte hobbies”	8	5	0.44
Sexuele voorlichting	9	8	0.00
Wat aan voorlichting hebben	9	6	0.41
Makkelijk over sexuele leven praten	14	14	0.00
Geslachtsleven belangrijk	18	17	$fe < 5^2$)
Geslachtsgemeenschap uitoefenen	18	16	0.13
Frequentie geslachtsgemeenschap:			
weinig	7	2	$fe < 5^2$)
meer)	11	14	
veel)			
Bevrediging geslachtsgemeenschap:			
geen	0	0	0.00
gaat wel)	18	16	
zeer veel)			
Eerste coitus:			
10-20 jaar	10	5	0.24
21-30 jaar	7]	8]	
30 en ouder	3]	1]	
Huwelijksleeftijd:			
10-20 jaar	1	1	$fe < 5^2$)
21-30 jaar	15	10	
31-40 jaar	1	2	
Coitus voor het huwelijk	10	8	0.51
Verschil sexuele bevrediging in en voor huwelijk	6	1	$fe < 5^2$)
voor beter	1	0	$fe < 5^2$)
in huwelijk beter	5	1	
Algemene waardering partner:			
onvoldoende)	1	1	$fe < 5^2$)
voldoende)			
goed	19	15	
Neigen tot sombere stemming	9	7	0.10
Als regel opgewekt	18	18	0.00
Gauw overstuur	3	2	$fe < 5^2$)
Gauw geprikkeld	7	6	0.00
Gespannen	10	10	0.00
Als iemand iets onaangenaams zegt:			
opkroppen	5	8	1.14 $df = 2^1$)
gewoon boos	11	10	
driftig	6	4	
Goed weg van huis	20	21	$fe < 5^2$)
Verlangen jeugdwoonplaats	0	4	$fe < 5^2$)
Houden van eigen woonplaats	17	19	$fe < 5^2$)
Grote betekenis woonplaats ouders	10	8	0.10
Omzwerven	10	8	0.10

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Zelfwaardering:			
onvoldoende	1	2	fe < 2
voldoende	14	12	
goed	5	7	
precies	6	7	fe < 2
gewoon netjes	15	13	
slordig	1	2	
dwangmatige trekken	9	11	0.37
Handgeven:			
stevig	5	12	5.09 df = 2 ¹⁾
niet zo stevig	8	6	
slap	9	4	
Spel van de kauwspieren:			
geen	18	13	1.75
weinig	4	8	
veel	0	1	
Overtollige mondbewegingen:			
geen	17	8	5.94* df = 1
weinig	5]	13]	
veel	0]	1]	
Manifest nagelbijten:			
geen	22	22	0.00
weinig	0	0	
veel	0	0	
Veel met hand aan het gezicht:			
geen	14	12	3.74 df = 2 ¹⁾
weinig	5	2	
veel	3	8	
Algemene motorische onrust:			
geen	2	0	fe < 2
weinig	18	21	
veel	2	1	
Stemming:			
opgewekt)	10	14	1.60 df = 2 ¹⁾
minder opgewekt)			
gelijkmatig	5	4	
iets somber)	7	4	
duidelijk somber)			
Echt-onecht:			
echt)	20	18	fe < 2
minder echt)			
niet helemaal echt	1	2	
iets onecht)	1	2	
uitgesproken onecht)			
Vegetatieve labiliteit	14	16	0.10
Ontevreden met vrouwelijke of mannelijke rol	0	0	0.00

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Aspiratieniveau:			
gemiddeld	7	15	5.99* df = 2')
hoog	3	2	
zeer hoog	12	5	
Klachten brengen:			
zakelijk	18	19	0.00
niet zakelijk	3	3	
Hypochondere instelling	6	6	0.00
„Reeks” van opeenvolgende klachten	9	1	6.34*
Betekenis gaaf gebit:			
helemaal niet)	2	0	0.00
weinig)			
meer)	3	5	
veel)	17	17	
heel veel)			
Belangrijkste functie mond:			
eten)	13	15	0.47 df = 2')
drinken)			
snoepen)			
praten)	2	2	
lachen)			
zingen)			
ademhalen	7	5	
Tandarts:			
niet uitstellen	17	15	0.11
kort uitstellen	0 [1]	
lang uitstellen	5 [6]	
Kunstgebit nastaaande:			
mooi	5	6	0.43 df = 2')
medelijden)	2	3	
afschuw)			
gewoon	15	13	
Anderen slaan:			
hoofd	11	10	0.19
rest lichaam	10	12	
Erg vinden geslagen te worden:			
hoofd	16	15	0.00
rest lichaam	4	7	
Met iemand niet te maken willen hebben:			
zeggen	8	14	2.72
mond houden	13	8	
Als last van de mond gehandicapt:			
niet)	10	12	1.91 df = 2')
heel weinig)			
weinig)			
erg)	4	6	
heel erg	8	4	

	Syndroom van Costen	Controle	χ^2
Van kind bewaren:			
tandje	9	3	7.50* df = 2 ¹⁾
schoentje	1	7	
haarlokje	12	12	
Toekomstige achteruitgang gebit:			
niet erg)	4	5	0.82 df = 2 ¹⁾
een beetje erg)			
erg)	11	8	
erger)			
heel erg	7	9	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

²⁾ fe < 5, d.w.z. de χ^2 -test kan niet worden toegepast.

^{*)} χ^2 -waarde die een significant verschil aangeeft op tenminste 5 %-niveau.

D 4. Een groep van 22 mannelijke lijders aan het Syndroom van Costen vergeleken met een groep van 41 vrouwelijke lijders aan het Syndroom van Costen.

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	
Aantal patienten	22	41	
Leeftijd:			
11-20 jaar	3	13	7.71* df = 2 ¹⁾
21-30 jaar	6	18	
31 en ouder	13	10	
Gehuwd	17	18	5.24*
Klachten langer dan 1 jaar	16	34	0.43
Voor de patient begrijpelijke oorzaak	8	11	0.26
Symptomen:			
niet uitgebreid	15	21	1.44 df = 2 ¹⁾
uitgebreid	3	12	
zeer uitgebreid	4	8	
Somatische anamnese:			
a. hoofdpijn	12	25	0.05
b. duizelingen	11	18	0.23
c. wegrakingen	4	8	0.00
d. zien	3	3	fe < 5 ²⁾
e. horen	7	8	0.61
f. ruiken	3	0	fe < 5 ²⁾
g. proeven	0	0	0.00
h. motorische apparatuur	1	3	fe < 5 ²⁾
i. rug	10	19	0.00
j. nek	5	9	0.00
k. andere gewrichten dan het kaakgewricht	5	11	0.00
m. slikken	3	4	fe < 5 ²⁾
n. eetlust:			
slecht	2	8	1.76 df = 2 ¹⁾
goed	11	22	
zeer goed	9	11	

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
o. bijzondere eetgewoonten	8	9	1.54
p. snoepen:			
geen	8	12	fe < 5%)
gewoon	12	26	
veel	2	3	
q. roken:			
geen	4	20	6.25* df = 2 ¹⁾
gewoon	16	17	
veel	2	1	
r. alcohol:			
geen	4	29	15.86** df = 1
gewoon	16]	12]	
veel	2]	0]	
s. geneesmiddelen:			
geen	5	20	4.05 df = 2 ¹⁾
gewoon	11	13	
veel	6	8	
t. maagklachten	9	8	3.42
u. galblaas	0	5	fe < 5%)
v. darm	2	3	fe < 5%)
w. andere buikklachten	2	3	fe < 5%)
x. ontlasting	4	8	0.00
y. ademhaling	9	11	0.72
z. circulatie	3	4	fe < 5%)
al. urinewegen	1	5	fe < 5%)
cl. operatie	13	21	0.33
dl. schedeltrauma	3	5	fe < 5%)
el. ziekenhuisopname	17	29	0.09
fl. ziekenhuisopname meer dan eens	8	13	0.01
Ziekten in familie:			
a. hoofdpijn	7	26	5.67
b. hoge bloeddruk	3	10	fe < 5%)
c. maagklachten	4	14	1.11
d. galblaas	5	10	0.00
e. darmklachten	2	0	fe < 5%)
f. gynaecologische klachten	1	8	fe < 5%)
g. krankzinnig	1	4	fe < 5%)
h. achterlijk	3	5	fe < 5%)
i. zenuwachtig	8	19	0.23
j. overspannen	3	9	fe < 5%)
k. gewrichtsklachten	7	13	0.00
l. rugklachten	5	15	0.72
m. bronchitis of astma	6	12	0.00
n. obstipatie	1	7	fe < 5%)
o. andere ziekten	4	11	0.19
Algemene waardering vader:			
goed	16	32	0.11
voldoende	5]	4]	
onvoldoende	1]	4]	

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
Algemene waardering moeder:			
goed	18	35	0.00
voldoende	4	3	
onvoldoende	0	3	
Als klein kind:			
niet beweeglijk	8	14	0.04
nogal beweeglijk	7	14	df = 2 ¹⁾
zeer beweeglijk	7	13	
Als kind aangetrokken tot:			
hetzelfde geslacht	19	30	fe < 5 ²⁾
het andere geslacht	2	10	
Ouders liever gezien dat ander geslacht	0	4	fe < 5 ²⁾
Spel passen bij geslacht	20	35	fe < 5 ²⁾
Duimzuigen	1	13	4.67*
Nagelbijten:			
geen	15	27	0.23
weinig)	4	6	df = 2 ¹⁾
meer)			
veel	3	7	
Jactatio capitis:			
weinig	1	0	fe < 5 ²⁾
veel	1	2	
Angsten	5	5	0.00
Pavor nocturnus:			
geen	17	34	0.49
weinig)	4	3	df = 2 ¹⁾
meer)			
veel	1	4	
Stuipen:			
weinig	0	0	0.00
meer	0	0	
Driftbuien	5	6	fe < 5 ²⁾
Stotteren	6	0	fe < 5 ²⁾
		maar significant vlg. Fisher p = 0.001	
Bedwateren:			
geen	19	38	fe < 5 ²⁾
weinig	0]	0]	
meer)	3]	3]	
veel)			
Eetmoeilijkheden	3	10	fe < 5 ²⁾
Slaapwandelen	0	3	fe < 5 ²⁾
Heimwee	3	13	1.62
Geen „kinderneurotische verschijnselen“	5	4	fe < 5 ²⁾
„Verdachte hobbies“	8	23	2.20
Sexuele voorlichting	9	21	0.63
Wat aan voorlichting hebben	9	18	0.00
Makkelijk over sexuele leven praten	14	24	0.01

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
Geslachtsleven belangrijk	18	34	fe < 5%) 4.50*
Geslachtsgemeenschap uitoefenen	18	21	
Frequentie geslachtsgemeenschap:			
weinig	7	12	0.70
meer — veel	11	9	
Bevrediging geslachtsgemeenschap:			
geen	0	4	fe < 5%)
gaat wel)	18	17	
zeer veel)			
Eerste coitus:			
10-20 jaar	10	7	0.58
21-30 jaar	7]	14]	
30 en ouder	3]	0]	
Huwelijksleeftijd:			
10-20 jaar	0	3	fe < 5%)
21-30 jaar	16	15	
31-40 jaar	1	0	
Coitus voor het huwelijk	10	9	0.42
Verskil sexuele bevrediging:			
in en voor huwelijk	6	4	fe < 5%)
voor beter	1	3	fe < 5%)
in huwelijk beter	5	1	
Algemene waardering partner:			
onvoldoende)	1	5	fe < 5%)
voldoende)			
goed	19	24	
Neigen tot sombere stemming	9	20	0.28
Als regel opgewekt	18	23	3.14
Gauw overstuur	3	19	5.42*
Gauw geprikkeld	7	24	4.03*
Gespannen	10	23	0.63
Als iemand iets onaangenaams zegt:			
opkroppen	5	19	7.76* df = 2 ¹)
gewoon boos	11	20	
driftig	6	2	
Goed weg van huis	20	20	9.12*
Verlangen jeugdwoonplaats	0	13	6.48*
Houden van eigen woonplaats	17	33	fe < 5%)
Grote betekenis woonplaats ouders	10	20	0.06
Omzwerven	10	9	2.79
Zelfwaardering:			
onvoldoende	1	9	3.78 df = 2 ¹)
voldoende	14	24	
goed	5	5	

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
precies	6	12	$fe < 2$
gewoon netjes	15	29	
slordig	1	0	
dwangmatige trekken	9	23	1.35
Handgeven:			7.64* df = 2 ¹⁾
stevig	5	20	
niet zo stevig	8	15	
slap	9	5	
Spel van de kauwspieren:			$fe < 5^2)$
geen	18	34	
weinig	4]	4]	
veel	0]	1]	
Overtollige mondbewegingen:			24.38* df = 2 ¹⁾
geen	17	8	
weinig	5	15	
veel	0	18	
Manifest nagelbijten:			$fe < 5^2)$
geen	22	37	
weinig	0]	1]	
veel	0]	2]	
Veel met hand aan het gezicht:			3.20 df = 2 ¹⁾
geen	14	25	
weinig	5	4	
veel	3	12	
Algemene motorische onrust:			3.09 df = 2 ¹⁾
geen	2	5	
weinig	18	25	
veel	2	11	
Stemming:			0.03 df = 2 ¹⁾
opgewekt)	10	18	
minder opgewekt)			
gelijkmatig	5	10	
iets somber)	7	13	
duidelijk somber)			
Echt-onecht:			26.75* df = 2 ¹⁾
echt)	20	9	
minder echt)			
niet helemaal echt	1	8	
iets onecht)	1	23	
uitgesproken onecht)			
Vegetatieve labiliteit	14	33	1.33
Ontevreden met vrouwelijke of mannelijke rol	0	5	$fe < 5^2)$
Aspiratieniveau:			8.78* df = 2 ¹⁾
gemiddeld	7	2	
hoog	3	9	
zeer hoog	12	30	
Klachten brengen:			$fe < 5^2)$
zakelijk	18	39	
niet zakelijk	3	2	

	Syndroom van Costen	Syndroom van Costen	χ^2
Hypochondere instelling	6	9	0.04
„Reeks” van opeenvolgende klachten	9	26	2.06
Betekenis gaaf gebit:			
helemaal niet)	2]	0]	0.00
weinig)			
meer)	3]	9]	
veel)	17	32	
heel veel)			
Belangrijkste functie mond:			
eten)	13	12	8.87* df = 2 ¹⁾
drinken)			
snoepen)			
praten)	2	18	
lachen)			
zingen)			
ademhalen	7	11	
Tandarts:			
niet uitstellen	17	20	3.53
kort uitstellen	0]	3]	
lang uitstellen	5]	18]	
Kunstgebit nastaaude:			
mooi	5	2	5.65 df = 2 ¹⁾
medelijden)	2	9	
afschuw)			
gewoon	15	30	
Anderen slaan:			
hoofd	11	18	0.14
rest lichaam	10	23	
Erg vinden geslagen te worden:			
hoofd	16	24	1.36
rest lichaam	4	16	
Met iemand niet te maken willen hebben:			
zeggen	8	21	0.94
mond houden	13	20	
Als last van de mond gehandicapt:			
niet)	10	20	0.34 df = 2 ¹⁾
heel weinig)			
weinig)			
erg)	4	9	
heel erg	8	12	
Van kind bewaren:			
tandje	9	20	fe < 2
schoentje	1	4	
haarlokje	12	17	
Toekomstige achteruitgang gebit:			
niet erg)	4	7	3.28 df = 2 ¹⁾
een beetje erg)			
erg)	11	12	
erger)			
heel erg	7	22	

¹⁾ df = 2 wil zeggen 2 vrijheidsgraden.

²⁾ fe < 5, d.w.z. de χ^2 -test kan niet worden toegepast.

*) χ^2 -waarde die een significant verschil aangeeft op tenminste 5 %-niveau.